

LILIANA PATRÍCIA SOUSA PEREIRA *

A COMUNICAÇÃO NA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Tese apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, sob a orientação do Mestre André Araújo, e coorientação da Professora Paula Cristina Faria.

4º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2014

* Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Divino Salvador

A Comunicação na Humanização dos Cuidados Paliativos

The Humanization of Communication in Palliative Care

Liliana Patrícia Pereira

Departamento de Bioética e Ética Médica da Faculdade de
Medicina da Universidade do Porto

Terapeuta da Fala

Contacto: lilianapatricia_tf@hotmail.com

“... good communication is important not only because it relates to specific outcomes of care, but because it is the core of what makes medicine a human endeavour.”

Stein, Frankel & Krupat, p. 11, 2005

Agradecimentos Familiares

Ao meu estimado marido e ao meu querido filho por serem o pilar da minha vida...
pela presença em todos os momentos...
pela força incondicional...
por serem as grandes referências da minha vida,
os impulsionadores dos meus sonhos
e a melhor parte de tudo o que sou!
Sem eles não teria chegado até aqui.
Ao meu irmão Mauro e à minha sobrinha
Patrícia pela força e apoio interminável.
Obrigada!

Agradecimentos

Ao Mestre André Araújo por toda a
disponibilidade e orientação prestadas
para a elaboração desta tese
profundamente grata pela oportunidade da
sua orientação, pela mais-valia das suas sugestões e exigência, bem como pela
oportunidade de me fazer crescer enquanto investigadora e pessoa.

À Dr.^a Paula Faria, minha orientadora de formação do
Curso de Terapia da Fala e Coorientadora da tese, pela amizade,
disponibilidade, compreensão e apoio ao longo de todos estes anos.

Agradeço ainda, as suas palavras sábias de apoio, paciência,
cuidado e incentivo, nos momentos de fraqueza...

O meu mais profundo reconhecimento vai para os utentes dependentes e os
profissionais que participaram no estudo, contribuindo com informações
preciosas.

À Unidade de Cuidados Continuados e Manutenção de Longa Duração Divino Salvador
pela autorização e interesse no tema de investigação.

A todos os outros que estiveram presentes nesta caminhada
e que colaboraram de forma indireta na realização deste estudo,
que me fizeram acreditar que um desafio desejado
é uma prova superada.

Bem hajam!

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
1. INTRODUÇÃO	1
2. ESTADO DE ARTE	3
2.1 Enquadramento histórico dos Cuidados Paliativos.....	3
2.2. Cuidados Paliativos em Portugal	5
2.3 Humanização da Saúde	8
3. HIPOTESE DE TRABALHO	23
4. MATERIAIS E MÉTODOS	24
4.1. Tipo de estudo.....	24
4.2. Amostra.....	25
4.3. Instrumentos de recolha de dados	26
4.4. Procedimentos.....	27
4.5. Tratamento de dados	29
5. RESULTADOS	32
5.1 Caraterização da amostra	32
5.2. Meios de comunicação usados pela Pessoa com Dificuldades Comunicativas e pelo Profissional de Saúde	33
5.3. Atos de comunicação específicos e genéricos	38
5.4. Comparação entre grupos na fase pré e pós experimental.....	43
5.5. Avaliação da ação	45
6. DISCUSSÃO.....	47
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
8. REFERÊNCIAS	64

ANEXOS

Anexo I- MECQ-LTCvp

APÊNDICES

Apêndice I- Tabela Estratégias Comunicativas

Apêndice II- Questionário avaliação da ação

Apêndice III- Autorização da Instituição

Apêndice IV – Consentimento Informado Profissionais

Apêndice V – Consentimento Informado Utentes

Apêndice VI – Plano de Comunicação

Apêndice VII – Programa da Formação

Apêndice VIII – Legenda das questões das tabelas

Apêndice IX

ÍNDICE DE SIGLAS

INE - Instituto Nacional de Estatística

NIA - National Institute on Aging

NIH - National Institutes of Health

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

ARS - Associações Regionais de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

UIC - Unidades de Internamento Convalescença

UMDR - Unidades de Média Duração e Reabilitação

ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção

UCP - Unidades de Cuidados Paliativos

UA - Unidades de ambulatório

OMS - Organização Mundial de Saúde

AACN - Associação Americana de Faculdades de Enfermagem

MECQ-LTC - *The Monreal Evaluation of Communication Questionnaire for use in Long-Term Care*

OSCE - *Objective Structured Clinical Examinations*

RESUMO

Com a progressão dos quadros clínicos, muitas das pessoas em Cuidados Paliativos vêem as suas capacidades comunicativas alteradas/limitadas. As estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais de saúde são, assim, de máxima importância para o aumento do conforto, autonomia e funcionalidade destas pessoas em Cuidados Paliativos. No entanto a maioria dos profissionais de saúde não têm conhecimento ou formação específica para o uso correto da comunicação com a pessoa com dificuldades comunicativas em fim de vida.

Este estudo pretendeu avaliar os efeitos de um Programa de Estratégias de Comunicação dirigido à intervenção no processo de comunicação profissionais-pessoas com dificuldades comunicativas, em contexto de Cuidados Paliativos.

O estudo é de carácter quasi-experimental, usando uma amostra constituída por 112 díades comunicativas geradas por catorze profissionais de saúde e quatro pessoas com dificuldades comunicativas integradas numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração. O Programa de Estratégias de Comunicação incluiu uma Formação e um Plano de Comunicação, tendo sido implementado num grupo experimental por um período de dois meses. Foi feita avaliação pré e pós implementação do programa, com recurso ao MECQ-LTCvp, junto dos grupos experimental e de controlo. Avaliou-se ainda a implementação do Programa por via de questionários.

De acordo com a perceção dos profissionais, existiu um aumento do número e da frequência do uso de estratégias comunicativas, que se repercutiram numa diminuição do esforço comunicativo nas áreas da nutrição, cuidados de saúde e comunicação genérica. Foram utilizadas mais estratégias verbais, constatando-se maior dificuldade de adaptação e uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa. O Programa foi genericamente bem estruturado e implementado, indo de encontro às necessidades dos participantes.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Humanização, Comunicação, Competências e Estratégias Comunicativas.

ABSTRACT

With the progression of clinical conditions, many of the patients in Palliative Care develop limitations in their communication skills. Communication strategies used by health professionals are therefore of paramount importance to increase the comfort, autonomy and functionality of these patients. However most health professionals have not explicit knowledge or specific training in the correct use of communication with the person with communication difficulties.

This research intends to evaluate the effects of a Communication Strategies' Program for the intervention in the professional-patient communication process, in the context of palliative care.

Following a quasi-experimental design, the study was based in a sample of 112 communicative dyads, generated by fourteen health professionals and four patients with communication difficulties, integrated in a Long Term Continuing Care Unit. The Communication Strategies' Program included a Communication Plan and Formal Training, and was implemented in an experimental group for a period of two months. Pre and post Program assessments were made using the MECQ-LTCvp, both in the experimental and control groups. The implementation of the Program was further evaluated by means of questionnaires.

According to the perception of professionals there was an increase in the number and frequency of use of communication strategies, which lead to a decrease of the communicative effort in the areas as nutrition, health care and general communication. More verbal strategies were used, though there is greater difficulty in adaptation and use of Augmentative and Alternative Communication. The program was generally well structured and implemented, meeting the needs of participants.

Keywords: Palliative Care, Humanization, Communication, Communicative Skills and Strategies.

1. INTRODUÇÃO

O mundo está a enfrentar uma situação sem precedentes. O aumento da população mundial e sua consequente sobrevida provocou um envelhecimento populacional; em breve teremos mais pessoas idosas do que crianças e mais pessoas em extrema velhice do que nunca (Albers et al., 2012).

A melhoria dos indicadores de saúde associados às condições socioeconómicas e estilos de vida resultaram numa transição epidemiológica. Com o avanço tecnológico alcançado, associado ao desenvolvimento da terapêutica, assistiu-se à transformação de doenças mortais em crónicas e ao declínio das doenças transmissíveis e de carácter agudo para uma maior prevalência das doenças crónicas não transmissíveis (Terra, 2013). As mudanças no processo de adoecer e morrer, promovidas por estas alterações levantaram questões éticas acerca dos cuidados disponibilizados aos doentes terminais, levando à criação dos Cuidados Paliativos, o que justifica o modelo de medicina atual (Nunes, 2012). Esta população é suscetível à ocorrência de várias morbilidades associadas, como por exemplo, cancro, diabetes, doenças cardiovasculares e neurodegenerativas, muitas delas num estágio avançado de evolução (Terra, 2013); desta forma, o cuidado à pessoa doente crónica torna-se um elemento importante no contexto da saúde pública.

A literatura refere que muitas destas patologias levam a alterações da linguagem e comunicação, repercutindo-se num comprometimento da capacidade da pessoa comunicar com o meio envolvente (Dalemans et al., 2009). Este facto confere uma responsabilidade crescente aos Profissionais de Saúde (PS) que interagem com pessoas com dificuldades comunicativas (PDC) na medida em que o processo comunicativo passa a ser gerido pelos primeiros (Dalemans et al., 2009).

Para permitir que as PDC possam participar no planeamento dos seus cuidados de saúde, os PS têm o dever de maximizar o seu potencial comunicativo. Desta forma, estes profissionais deverão ser capazes de conhecer e utilizar estratégias comunicativas e recorrer a elas sempre que necessário (Borthwick, 2012); a bibliografia, no entanto, aponta para um grande desconhecimento por parte dos PS acerca das estratégias a utilizar no processo comunicativo com estas pessoas. Estes profissionais reconhecem a lacuna e mostram-se recetivos à formação na área (Araújo & Silva, 2012a). De acordo

com alguns estudos, os PS sentem que a falta de comunicação pode até afetar a recuperação da PDC (Finke et al., 2008).

Assim sendo, o presente estudo centra-se na relevância em habilitar os PS, através de programas específicos, incluindo formação, no sentido de serem promotores do aumento da funcionalidade comunicativa das PDC, contribuindo para a sua autonomia, aumento de qualidade de vida e bem-estar.

2. ESTADO DE ARTE

2.1 Enquadramento histórico dos Cuidados Paliativos

O conceito de Cuidado Paliativo surgiu em analogia com o termo *hospice*, sinónimo de abrigos (hospedarias) que recebiam e cuidavam de peregrinos e viajantes (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009). Este conceito centrava-se no direito da pessoa viver os dias que lhe restam e de morrer com dignidade; no dever de cuidar de um ser humano que está a morrer e da sua família, com compaixão e empatia (Floriani & Schramm, 2007). No século XVII, surgiram na Europa várias instituições de caridade que davam apoio a pobres, órfãos e doentes. Esta prática estendeu-se a organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passaram a ter características de hospitais (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009). Paliativo deriva de *pallium*, palavra latina que significa capa, manto, pretendendo-se que os Cuidados Paliativos sejam um manto protetor e acolhedor, que oculta o que está subjacente – os sintomas decorrentes da progressão da doença (Dunlop, in Floriani & Schramm, 2007).

Cicely Saunders, enfermeira, assistente social e mais tarde médica com formação humanista, fundou o *St. Christopher's Hospice* em 1967 e introduziu o Movimento *Hospice Modern*, que para além da assistência aos doentes, permitia o desenvolvimento do ensino e pesquisa (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009). Assim, o termo ‘Cuidados Paliativos’ foi sendo absorvido pela comunidade científica dentro de uma perspetiva que inclui, além dos cuidados administrados, o ensino e a pesquisa (Lipman et al., in Floriani & Schramm, 2007)

Em 1982, o Comité de Cancro da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu políticas para o alívio da dor e recomendou cuidados do tipo *hospice* que fossem adotados em todos os países para pessoas com cancro. O conceito Cuidados Paliativos, foi adotado pela OMS, pela dificuldade de tradução adequada do termo *hospice* em alguns idiomas (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009).

A OMS publicou a primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990 como sendo cuidados destinados a oferecer melhor qualidade de vida às pessoas com doença avançada incurável e progressiva, e às suas famílias. Com o tempo esta definição foi sofrendo alterações e atualmente os Cuidados Paliativos são definidos como a

abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, em face de uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. (Marques et al., 2009:16)

Nesta redefinição de conceito, os princípios basilares dos Cuidados Paliativos (OMS, 2002) são: a) promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; b) não acelerar nem adiar a morte; c) integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; d) oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; e) oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença da pessoa e o luto; f) oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades na pessoa e nos seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; g) melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; h) iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia; e i) incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas stressantes (Marques et al., 2009).

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) define-os como sendo uma resposta ativa aos problemas resultantes de doença prolongada, incurável e progressiva, prevenindo o sofrimento e proporcionando qualidade de vida aos doentes e às suas famílias. Considera-os cuidados ativos, rigorosos, combinando ciência e humanismo (APCP, 2012).

Os Cuidados Paliativos – com base nos princípios bioéticos da autonomia (através do consentimento informado, permitindo a tomada de decisão); da beneficência; e da não maleficência da pessoa – praticam cuidados de saúde à pessoa tendo em vista a qualidade de vida e a manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, na terminalidade, na morte e no período de luto (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009).

2.2. Cuidados Paliativos em Portugal

Em Portugal, por volta dos anos 90, o serviço de medicina paliativa do Hospital do Fundão, na unidade de tratamento da dor crónica, inicia este tipo de cuidados aos seus utentes com camas de internamento para pessoas com doenças crónicas avançadas (Marques et al., 2009, APCP, 2012, PNCP, s.d.).

Em 2004 a OMS emitiu a recomendação de inclusão dos Cuidados Paliativos nas políticas de saúde dos diferentes países, onde cada um optou por modelos diferentes de organização e distribuição de cuidados. Portugal, seguindo essa diretiva, incluiu este tipo de cuidados no seu Plano Nacional de Saúde 2004-2010 como programa prioritário. Em 2005 divulgou o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) a implementar em todas as Associações Regionais de Saúde (ARS). Esse programa pretendia habilitar e capacitar as famílias para a prestação de cuidados informais e implementar os Cuidados Paliativos em regime de internamento, ambulatório e no domicílio (PNCP, s.d.).

Reforçando esta medida, o Decreto-lei 101/2006 cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) onde estão incluídos os Cuidados Paliativos. Esta rede é um novo modelo organizacional, criado pelo Ministério do Trabalho, da Solidariedade Social e da Saúde, que presta cuidados continuados e integrados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia (RNCCI, 2011). As equipas têm como objetivo geral prestar acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de pessoas em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva (RNCCI, 2011).

Em 2012 surge a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, (RNCP) (Decreto-Lei nº 52/2012, 5 de setembro de 2012) no âmbito da consagração do direito e regulação do acesso dos cidadãos aos Cuidados Paliativos, responsabilizando o Estado por esta, permitindo a autonomização destes cuidados. Esta rede tem como objetivo geral a prestação de Cuidados Paliativos a pessoas integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que independentemente da idade e/ou patologia, se encontrem em sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e/ou progressiva. Estas pessoas são admitidas pelos serviços médicos onde estão a ser

assistidas, para poderem integrar a RNCCI, não sendo submetidas a uma avaliação intermédia, como se verificava anteriormente (APCP, 2012).

A rede contempla Unidades de Internamento de Convalescença (UIC), integradas nos hospitais de utentes agudos como: Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), articuladas com o hospital; Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), ou Unidades de Cuidados Paliativos (UCP); Unidades de ambulatório (UA), como as unidades de dia e promoção da autonomia, as equipas hospitalares (de gestão de altas intra-hospitalares em Cuidados Paliativos) e as equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados ou comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos (APCP, 2012, PNCP, s.d.).

Os Cuidados Paliativos dividem-se através de níveis de diferenciação: nível I – equipas móveis sem internamento próprio, mas com espaço físico para intervir e equipa multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, assistente social e secretária; nível II – unidades de internamento próprio ou ao domicílio com equipa multidisciplinar e formação específica em Cuidados Paliativos e diferencial, composta por médicos, enfermeiros e técnicos das áreas social, psicológica e espiritual; nível III – equipas multidisciplinares que desenvolvem atividades de investigação e de formação aos vários profissionais que constituem as equipas dos Cuidados Paliativos (PNCP, s.d.).

Desta forma, a prática de Cuidados Paliativos implica uma organização própria; uma abordagem específica; uma equipa multidisciplinar; formação e treino diferenciado numa perspetiva de apoio global aos problemas complexos das pessoas e apoio às famílias (Marques et al., 2009).

Pollens (2012) refere que a intervenção em Cuidados Paliativos assenta em quatro áreas pilares: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

As equipas de Cuidados Paliativos podem ser denominadas por: a) equipas locais de Cuidados Paliativos de carácter multiprofissional, integrante e contratualizadas com a RNCP, articuladas entre si e com a coordenação do SNS que podem realizar ações paliativas, segundo orientação técnica; b) equipas intra-hospitalares de suporte que estão integradas na unidade de Cuidados Paliativos, quando esta exista na mesma instituição ou que funcione de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento; e c) equipas domiciliárias de suporte que podem estar integradas numa

unidade funcional de cuidados de saúde primários ou na RNCCI, dispondo de recursos específicos (APCP, 2012, PNCP, s.d.).

De acordo com o PNCP (s.d.) e a APCP (2012) as pessoas que necessitam de Cuidados Paliativos são aquelas que apresentam os seguintes critérios: a) não têm perspectiva de tratamento curativo; b) têm rápida progressão da doença e com expectativa de vida limitada; c) têm intenso sofrimento; d) têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Segundo Maciel (2008), para prestar um serviço de qualidade e atender às necessidades da pessoa e da família, os Cuidados Paliativos devem ser prestados por uma equipa interdisciplinar. Cada profissional deve ter formação específica e possibilidades de intervenção clínica, contendo capacidades de intervenção individualizada e direcionada à pessoa doente e à sua família. A APCP (2012) refere que os Cuidados Paliativos devem assentar numa intervenção de carácter interdisciplinar com uma equipa composta idealmente por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, como o terapeuta da fala, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o assistente espiritual.

Os PS que compõem a equipa dos Cuidados Paliativos são aqueles que controlam os sintomas do corpo (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, farmacêutico, nutricionista), da mente (psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra), do espírito (padre, pastor, capelão, rabino, guru, sacerdotes das diferentes religiões) e do apoio social (assistente social, voluntário). Inclui-se na relação, ainda, o cuidador, cujo papel é fundamental, pois é o elo entre a pessoa, a família e a equipa. Com a evolução clínica, outros profissionais e especialistas poderão ser solicitados a cooperar com a equipa (Taquemori & Sera, 2008).

A boa prática dos Cuidados Paliativos deve ter como base, a humanidade, o acompanhamento, a compaixão, a disponibilidade e o rigor técnico e científico, baseados na diferenciação e na interdisciplinaridade. A prestação dos Cuidados Paliativos deixou de ser aplicada apenas à pessoa com doença oncológica terminal, passando a ser encarada numa perspectiva mais ampla, contemplando práticas preventivas do sofrimento, sendo estes cuidados alargados a outras patologias, por

razões éticas, de equidade e justiça. Deve ser procurado o bem-estar da pessoa, até ao fim de vida, sabendo que este tem o direito de escolher o local onde deseja viver e ser acompanhada até à morte. Estes cuidados só são prestados se a família e a pessoa aceitarem (Taquemori & Sera, 2008).

Desta forma, os Cuidados Paliativos não se baseiam em protocolos, mas em princípios e inicia-se aquando do diagnóstico, incluindo a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família, também incluída neste processo, tem assistência após a morte do familiar, no período de luto (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009).

A ética dos Cuidados Paliativos é a mesma da medicina geral, mas os médicos têm dupla responsabilidade: preservar a vida e aliviar o sofrimento. No fim de vida, o alívio do sofrimento assume uma importância maior, uma vez que a vida se vai tornando impossível (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009).

2.3 Humanização da Saúde

O modelo biomédico, amplamente utilizado nos serviços de saúde, tem como objetivo primordial promover a cura de doenças, não se focando na qualidade de vida dos doentes incuráveis. Existem muitos meios, técnicos e humanos, e a pessoa é atendida por vários PS (medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, entre outros) mas durante todo o processo a pessoa é desconsiderada e compartimentada (Gordon et al., 2009). A assistência inadequada, focada na tentativa de recuperação, utilizando métodos invasivos e alta tecnologia acontece com alguma frequência.

Esta atitude clínica é considerada o paternalismo médico porque a pessoa é transformada na sua doença. Considera-se que existe uma desumanização da saúde uma vez que, apesar de existirem diversos meios, se ignora o essencial – a pessoa como um indivíduo que se relaciona e que tem as suas experiências e vivências pessoais e subjetivas (Román Maestre, 2013).

Assim, as abordagens utilizadas, por vezes insuficientes, exageradas e desnecessárias, são incapazes de tratar os sintomas mais prevalentes – a dor – e ignoram o sofrimento. Em todas as pessoas com doenças terminais evidenciam-se vários sintomas mas destaca-se sempre a dor pelas implicações que acarreta na qualidade de vida (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009, Román Maestre, 2013).

A humanização é uma expressão atualmente muito utilizada e associada aos recursos tecnológicos, ao reconhecimento da individualidade e da autonomia de cada pessoa (Morais et al., 2009).

Os PS estão sujeitos à influência da sociedade, aos valores que foram adquirindo ao longo das suas vidas reagindo como pessoas humanas com sentimentos de rejeição face à morte. Esta herança cultural poderá condicionar o modo como lidam com a morte e com aqueles que estão a morrer, justificando as suas atitudes e a forma como cuidam destas pessoas e das suas famílias (Román Maestre, 2013).

A consciencialização dos cuidados praticados levou à criação de recursos específicos, formação de grupos de profissionais e educação da sociedade em geral. Para tal, organizaram-se movimentos sociais a favor de uma morte menos sofrida e mais digna, surgindo com os Cuidados Paliativos (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009). O reconhecimento do sofrimento e da sua subjetividade foi a chave para a sua verdadeira humanização (Nunes, 2012). É fundamental que os Cuidados Paliativos sejam cuidados humanizados, não como uma obrigação, mas como um ato de respeito e solidariedade. Nas últimas três décadas tem sido desenvolvido um modelo para a humanização da saúde, são os Cuidados Paliativos. Nestes, durante todo o processo de cuidar não se perde a razão de ser, a atenção à pessoa e a relação individual (Román Maestre, 2013). Não se pretende cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas refletir sobre a conduta dos PS diante da mortalidade humana, de forma a obtermos o equilíbrio necessário entre conhecimento científico e humanismo para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz (Maciel, 2008, Matsumoto, 2009, Román Maestre, 2013).

A humanização da saúde necessita de se basear num modelo de referência moral: os seres humanos são seres sociais. Precisamos desta referência e devemos dar-lhe continuidade tendo uma atitude de altruísmo e não de alienação, de comunicação e não de autismo, de inter-relação e interdependência e não de autossuficiência e independência. É assumindo uma relação de cumplicidade que se melhora o estado de saúde da pessoa (Román Maestre, 2013).

Os resultados terapêuticos em Cuidados Paliativos devem basear-se no conforto, bem-estar e alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual. A ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pela pessoa doente e

seus familiares. Desta forma, é necessário que os PS articulem o conhecimento teórico e técnico aos aspetos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que estabelecem com estas pessoas; só assim conseguirão compreender a pessoa e sua família e respeitá-los como pessoas frágeis e vulneráveis, deixando de se focar apenas na doença e nos sintomas físicos. A humanização do cuidado prestado deve ser um dos principais objetivos do profissional em Cuidados Paliativos (Silva & Araújo, 2009, Araújo & Silva, 2012b).

Considerando que a comunicação permite à equipa compreender as necessidades da pessoa (ser integral e ao mesmo tempo singular), surge a necessidade de refletir sobre a relevância da comunicação no processo do cuidar humanizado em Cuidados Paliativos (Brito et al., 2014).

A pessoa pretende ser compreendida como um ser humano que sofre com a dor física, mas também com os conflitos e necessidades existenciais que os fármacos ou a alta tecnologia não podem suprir. Para que essas necessidades sejam supridas, mais do que competências técnicas para diagnosticar, tratar e informar sobre a doença e tratamento, os PS devem ter competências de relações interpessoais (Peixoto & Valente, 2012, Goldsmith et al., 2013). A pessoa pretende que a relação com os profissionais da saúde seja alicerçada por compaixão, humildade, respeito e empatia. Esta relação interpessoal baseada na empatia e no humanismo deve ser sempre regulada por princípios éticos de forma a assegurar a verdade sobre a condição da pessoa, o respeito à sua autonomia e ao processo de tomada de decisão (Silva & Araújo, 2009, Nunes, 2012).

A comunicação é fulcral no contexto dos Cuidados Paliativos, constituindo um desafio para os PS uma vez que lhes compete a capacidade de adaptação a uma realidade em constante alteração, com avanços e retrocessos, de forma a atender às reais necessidades da pessoa e da sua família (Gordon et al., 2009).

A comunicação não é apenas a troca de mensagens; envolve a competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento entre seres humanos. Para que exista um processo comunicativo são necessárias pelo menos duas pessoas – diáde comunicativa – (emissor – que formula a mensagem, e recetor – que descodifica a mensagem e atua) para que exista partilha e mudança. Trata-se de um processo complexo, dinâmico e multidimensional, que envolve transmissão de mensagens e

percepção e compreensão por parte de cada sujeito envolvido na interação, considerando-se contexto a cultura, os valores individuais, as experiências, os interesses e as expectativas de cada um. A comunicação pressupõe uma mudança que, por sua vez, implica alterações de atitude e de comportamento. As competências básicas da comunicação são ouvir, observar, sentir e responder, e as adicionais – que visam a investigação da doença – são clarificação, confrontação, reflexão de sentimentos e resumo (Silva & Araújo, 2009, Brito et al., 2014).

O uso adequado de competências comunicativas pelos PS, como a escuta ativa e reflexiva, demonstrar interesse e disponibilidade, companhia, silêncio, gestos de afeto, boa disposição e sorrisos, proporcionam a construção de relações terapêuticas (Silva & Araújo, 2009, Peixoto & Valente, 2012, Goldsmith et al., 2013).

Importa referir que ao longo da pesquisa bibliográfica se verifica que estas competências comunicativas são frequentemente denominadas por vários autores como estratégias comunicativas. No entanto, estas são competências necessárias para a criação de relações interpessoais (Peixoto & Valente, 2012, Goldsmith et al., 2013) que, consequentemente, podem potenciar o processo comunicativo, funcionando como uma estratégia para a comunicação. Para a pessoa em Cuidados Paliativos, as relações interpessoais e a comunicação representam a base do cuidado nos momentos mais difíceis (Silva & Araújo, 2009, Brito et al., 2014). Estas competências requerem que os PS tenham sensibilidade interpessoal, flexibilidade e motivação para a autorreflexão. Trata-se de aptidão e não de um traço de personalidade mas, algumas características individuais também podem determinar que estes tenham mais facilidades em comunicar (Suzuki Laidlaw et al., 2006). As competências comunicativas são uma medida terapêutica comprovadamente eficaz, permitindo à pessoa partilhar medos, dúvidas e sofrimento, contribuindo para a diminuição do *stress* psicológico e garantindo a sua autonomia, proporcionando mais qualidade e conquistando mais satisfação pessoal (Silva & Araújo, 2009, Araújo & Silva, 2012b, Brito et al., 2014).

O cuidado inicia-se quando o profissional é capaz de detetar, sentir e interagir com a pessoa, sendo capaz de estabelecer uma relação empática, para conseguir perceber a experiência da pessoa e como ela a vivencia. Para o sucesso de um cuidado humanizado é necessária a capacidade de se relacionar, através da escuta e do diálogo, o que pressupõe que os interlocutores sejam bons comunicadores (Peixoto & Valente,

2012, Goldsmith et al., 2013). O processo de comunicação é constituído por duas dimensões: a dimensão verbal que ocorre através de palavras escritas ou faladas; e a dimensão não verbal que abrange o tom, entoação, ritmo, e velocidade da voz, gestos, suspiro, pigarrear, riso, choro, contacto ocular, expressões faciais, postura corporal, distância física/proxémia, tato/toque e até mesmo roupas, acessórios e características físicas. É a dimensão não verbal que permite a demonstração e compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais e é fundamental para o estabelecimento do vínculo imprescindível na relação entre profissionais da saúde e a pessoa (Silva & Araújo, 2009).

Para Silva & Araújo (2009) e Brito et al. (2014) é principalmente através dos sinais não verbais do PS que a pessoa desenvolve confiança e é o que permite que se estabeleça uma relação terapêutica efetiva; tanto o comportamento verbal quanto o não verbal do profissional devem demonstrar empatia e transmitir segurança.

Segundo Silva & Araújo (2009) a comunicação adequada em Cuidados Paliativos tem como principais objetivos: a) conhecer problemas, anseios, temores e expectativas da pessoa; b) aliviar os sintomas de forma eficaz e melhorar a sua autoestima; c) informar, de modo delicado e progressivo, de acordo com as necessidades da pessoa; d) identificar o que pode aumentar o seu bem-estar; e) conhecer os seus valores culturais, espirituais e oferecer medidas de apoio; f) respeitar/reforçar a autonomia; g) tornar mais direta e interativa a relação entre o PS e a pessoa; h) melhorar os relacionamentos com os profissionais e familiares; i) detetar necessidades da família; j) dar tempo e oferecer oportunidades para a resolução de assuntos pendentes; k) fazer com que a pessoa se sinta cuidada e acompanhada até o fim; l) reduzir incertezas; m) indicar à pessoa e aos familiares uma direção; e n) auxiliar a pessoa na vivência do processo de morte.

A literatura refere que, para alcançar o cuidado de alta qualidade, os PS têm de construir um relacionamento com a pessoa e os cuidadores/familiares. Os estudos mostram que os PS, a pessoa e os cuidadores/familiares contam com a comunicação para criar e manter uma relação profissional-pessoa-família. Se a pessoa e suas famílias confiarem nos prestadores de cuidados e vice-versa, os parceiros de comunicação vão

estar mais confortáveis num ambiente em que as experiências são mais facilmente compartilhadas, aliviando e reduzindo a angústia (Van Gurp et al., 2013).

Van Gurp et al. (2013) avaliaram 71 artigos, com o objetivo de: descrever os padrões de comunicação em Cuidados Paliativos, e discutir possíveis relações entre os padrões de comunicação e a prática dos Cuidados Paliativos. Decorrente da análise, verificaram a existência de dois géneros de comunicação dominantes em Cuidados Paliativos: a comunicação para se relacionar, havendo a criação e manutenção de um relacionamento profissional-pessoa-família, e a comunicação para incutir realismo, contar uma verdade clínica, sem diminuir a esperança (Van Gurp et al., 2013).

Em outro estudo, efetuado por (Araújo & Silva, 2012a) tentou-se compreender se os PS valorizavam a comunicação e verificou-se que estes lhe atribuíam um grande valor. A maior parte dos participantes demonstrou um baixo conhecimento de estratégias de comunicação para a interação com as pessoas doentes. Quer nas questões relativas às estratégias verbais, quer nas referentes às ações não verbais, houve um grande número de profissionais que respondeu de forma incorreta, referindo estratégias de comunicação pouco adequadas (Araújo & Silva, 2012a). Os autores consideram que a maioria dos PS não tem conhecimento ou formação suficiente para o uso correto da comunicação com a pessoa em fim de vida (Araújo & Silva, 2012a, Slort et al., 2012).

No Reino Unido, até ao final dos anos 80, as competências comunicativas eram excluídas do curriculum médico por serem desvalorizadas e por se considerar que estas se desenvolviam com a experiência, no decurso da vida profissional. No entanto, a investigação tem demonstrado que as competências comunicativas não melhoram com o tempo e que a experiência profissional pouco contribui para a sua aprendizagem (Araújo & Silva, 2012a).

Num estudo efetuado por Wittenberg-Lyles et al. (2013) os enfermeiros oncológicos denunciaram as barreiras institucionais que inibem a sua capacidade de fornecer atenção psicossocial e, por isso, sugerem que os programas de treino de comunicação devem contemplar o compromisso institucional ou seja, estes processos devem incluir, além da avaliação do desempenho dos profissionais, a avaliação do funcionamento organizacional da equipa (Wittenberg-Lyles et al., 2013).

Existem várias barreiras que influenciam as interações comunicativas entre as PDC e os PS, entre as quais: a) as conversas são focadas, controladas pelos profissionais

e associadas a necessidades físicas e cuidados médicos (estas interações são mínimas e pouco eficazes, conduzindo à frustração); b) desconhecimento das tecnologias relacionadas com os Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação; c) falta de tempo; d) incapacidade da pessoa para obter atenção dos profissionais; e) nível cognitivo e de linguagem da pessoa; f) continuidade de cuidados e passagem de informação no turno; g) pouca valorização dos efeitos da falta de interação; entre outros (Finke et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012).

Outros autores referem ainda que a baixa autoconsciência da comunicação verbal e não verbal, o medo da própria morte, a orientação para a tarefa e a pobre eficácia comunicativa, resultam em oportunidades perdidas de comunicação da pessoa-família, sendo consideradas barreiras (Boyd e Helft *in* Wittenberg-Lyles et al., 2013).

Slort et al. (2011) efetuaram uma revisão bibliográfica com o intuito de compilar as várias barreiras e facilitadores da comunicação em Cuidados Paliativos. Os resultados sugerem que, para serem comunicadores eficientes no contexto dos Cuidados Paliativos, os PS devem estar disponíveis para estas pessoas, devem ter um diálogo aberto, aproximação e compromisso total, escuta ativa, ter iniciativa de falar sobre várias questões de fim de vida e antecipar vários cenários. Os profissionais devem valorizar a perceção que a pessoa tem relativamente à disponibilidade do profissional; devem reavaliar continuamente as necessidades e preferências da pessoa e a disposição para se submeter, ou se desejar, interromper determinado tratamento ou procedimentos (Slort et al., 2011). Os profissionais precisam de um alto nível de competências de comunicação para discutir a face emocional, espiritual e as questões de fim de vida das pessoas (Slort et al., 2011).

As dificuldades comunicativas referidas ao longo dos anos, quer pelas pessoas doentes, quer pelos próprios PS, contribuíram para a necessidade de ensinar competências comunicacionais à díade PDC-PS. Os treinamentos de competências comunicacionais revelaram-se bastante úteis, quer na melhoria do estado de saúde, quer no aumento da satisfação dos participantes na díade (Lawrence, 2008).

Para Araújo & Silva (2012), independente da área de formação básica ou da categoria profissional, os profissionais da saúde têm como base do seu trabalho as relações humanas, sendo necessário aprimorar as suas competências de comunicação. A formação profissional dirigida para as competências e estratégias comunicativas são

fundamentais em Cuidados Paliativos uma vez que podem ser facilitadoras ou, no caso de insuficientes, constituírem-se como um forte obstáculo (Slort et al., 2012).

De acordo com Gordon et al. (2009) e Murphy (2006) os próprios PS têm dificuldade em estabelecer interações comunicativas eficazes com PDC. Pode-se questionar como será direcionada a assistência individualizada que os mesmos prestam, uma vez que as necessidades são identificadas, principalmente, através da conversação e compreensão de material não verbal (Araújo & Silva, 2012a).

Para permitir que as PDC possam participar no planeamento dos seus cuidados de saúde, os profissionais têm o dever de maximizar o seu potencial comunicativo desenvolvendo competências comunicativas e aprendendo estratégias adequadas a cada utente (Gordon et al., 2009). Desta forma considera-se que a formação dos profissionais é pertinente e premente uma vez que, tal como refere Araújo & Silva (2012) as competências de comunicação são adquiridas com a adequada capacitação. A aprendizagem das competências e estratégias comunicativas e o treino das mesmas, no âmbito do exercício do profissional, melhoram significativamente a *performance* do PS (Finke et al., 2008).

O *National Guideline Clinic* (2008) considera que devem ser ensinadas técnicas de comunicação eficazes a todas as pessoas que interagem regularmente com uma pessoa com dificuldades comunicativas (Party, 2008). Esta recomendação aplica-se aos PS, bem como à família e aos amigos destas pessoas (Borthwick, 2012).

O reconhecimento da complexidade e da dificuldade inerente à comunicação com PDC originou a publicação de vários trabalhos que apresentam instrumentos e programas de treino de competências comunicativas.

Durante a pesquisa literária constatou-se que a Associação Americana de Faculdades de Enfermagem (AACN, 2008) sentiu a necessidade de desenvolver ferramentas para colmatar as lacunas existentes em relação à formação em comunicação, uma vez que os profissionais de enfermagem requerem uma variedade de competências de comunicação, quer para as interações pessoa-família quer para os cuidados clínicos em colaboração com a equipa interdisciplinar. Atualmente, a Educação em Enfermagem *End-of-Life Consortium* é o único curso padronizado nos Estados Unidos com um módulo dedicado à comunicação. Este foi recentemente revisto para incorporar o modelo COMFORT. O modelo é constituído por sete princípios

holísticos de comunicação em Cuidados Paliativos: C – *communication* (comunicação); (O) – *orientation and opportunity* (orientação e oportunidade); M – *mindful presence* (presença consciente); F – *family* (família); O – *openings* (abertura); R – *relating* (relacionamento); T – *team* (equipa). Este modelo orienta os enfermeiros nas tarefas e na comunicação relacional, de forma a melhorar a comunicação e a resolução dos desafios da comunicação (Goldsmith & Wittenberg-Lyles, 2013).

Slort et al. (2012) descrevem o desenvolvimento de um programa de formação sobre a comunicação entre clínicos gerais e pessoas em Cuidados Paliativos, e a sua aplicabilidade em profissionais e estagiários. Para dar suporte a esse programa foi desenvolvida uma lista de verificação com 19 itens divididos em três categorias: A – *Availability* (a disponibilidade do clínico geral para o utente); C – *Current issues* (questões atuais que deve ser levantada pelo clínico geral); e A – *Anticipating* (antecipação por parte do clínico geral de vários cenários), sendo denominada de ACA. Os resultados deste programa mostram que parece ser aplicável ao público-alvo. A lista de verificação ACA foi considerada pelos clínicos gerais como sendo útil tanto na prática como uma ferramenta de aprendizagem; os estagiários apreciaram a lista principalmente para o uso na prática. Um quarto de 62 clínicos gerais e um terço de 50 estagiários referiram que a lista ACA poderia ser um guia útil para a comunicação com pessoas em Cuidados Paliativos.

Segundo Silva (2008) vários autores propuseram um protocolo que foca os seguintes passos: *Context* (contexto físico) = C; *Listening* (capacidade de escutar e perceber) = L; *Acknowledge* (conhecimento das emoções e como explorá-las) = A; *Strategy* (estratégia) = S e *Summary* (síntese) = S, denominado CLASS, com a especificação dos comportamentos a utilizar para promover a relação médico-utente. Na revisão bibliográfica não foram encontrados dados de estudos realizados com este protocolo.

Outro instrumento é o Plano de Comunicação, sugerido por Génèreux et al. (2004), que tem como intuito informar os cuidadores-profissionais acerca das características comunicativas de cada pessoa, e de possíveis estratégias que podem potenciar a eficácia comunicativa dessas pessoas. Verificou-se que o Plano de Comunicação pode permitir que o processo comunicativo se revele mais adaptado às características de cada pessoa, havendo uma comunicação mais funcional (Génèreux et

al., 2004). O Plano de Comunicação parece ajudar os cuidadores-profissionais de saúde que contactam com PDC, uma vez que através de uma breve leitura, conseguem compreender, genericamente, algumas características da pessoa e a forma como devem comunicar com a mesma (Généreux et al., 2004).

Existem instrumentos que visam a avaliação mais direta das dificuldades comunicativas, destacando-se no nosso estudo o *The Monreal Evaluation of Communication Questionnaire for use in Long-Term Care (MECQ-LTC)*. Este instrumento surgiu do reconhecimento da comunicação ser uma necessidade humana e do facto do impacto negativo das dificuldades comunicativas contribuir para o isolamento e a depressão. Considera, ainda, que o contexto é essencial para uma maior funcionalidade e eficácia nos processos comunicativos (Le Dorze et al., 2000). O *MECQ-LTC* pretende: avaliar a frequência com que os utentes e os cuidadores-profissionais usam determinadas formas de comunicação; perceber a quantidade e os diferentes atos comunicativos utilizados pelo utente; determinar o grau de esforço exigido aos utentes para que o processo comunicativo seja eficaz e identificar problemas nos atos comunicativos (Le Dorze et al., 2000).

Relativamente aos métodos de avaliação de competências comunicativas e de comunicação, na literatura são mencionadas as *checklists* (observação direta da interação entre profissional e pessoa), *feedback* das pessoas sobre experiências vivenciadas, simulação de interações com pessoas-padrão, *Objective Structured Clinical Examinations* (OSCE), gravação em formato áudio e/ou vídeo e avaliação em 360 graus (Duffy et al., 2004). Duffy et al. (2004) referem, também que os conhecimentos, as perceções e atitudes dos PS poderão ser avaliadas através de provas escritas e/ou orais.

Peixoto & Valente (2012) terapeutas da fala, apresentam um conjunto abrangente de estratégias comunicativas, verbais e não verbais, pretendendo a promoção de competências comunicativas aos PS, encorajando-os no uso de estratégias comunicativas com doentes impossibilitados de falar, desde o primeiro contacto com a pessoa.

O foco na competência comunicativa confere uma responsabilidade crescente aos PS que interagem com as PDC, na medida em que o processo comunicativo passa a ser gerido pelos mesmos (Dalemans et al., 2009).

De acordo com a literatura, são várias as estratégias que podem ser utilizadas no processo comunicativo, para promover a eficácia da comunicação entre as PDC e os PS (Dalemans et al., 2009, Peixoto & Valente, 2012). No geral, as estratégias podem ser utilizadas de forma isolada ou em simultâneo a fim de facilitar a interação e otimizar as oportunidades comunicativas (Araújo & Silva, 2012a, Peixoto & Valente, 2012).

Seguidamente, apresentam-se algumas das estratégias comunicativas que poderão ser implementadas pelos PS e pelas PDC (Apêndice I).

A) Estratégias utilizadas pela pessoa com dificuldades comunicativas

Podem ser utilizadas pela pessoa com dificuldades comunicativas, ajudando a expressar oralmente a mensagem de forma mais clara, estratégias como: (i) conservar energia; (ii) respirar e inspirar antes de falar; e (iii) produzir poucas palavras por expiração (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012).

B) Estratégias utilizadas pelos profissionais ou cuidadores

Os profissionais podem recorrer a diversas estratégias, quer como forma de expressão quer como forma de compreensão da PCD. A (i) descrição da função pode ser usada no sentido de facilitar a expressão e/ou compreensão da pessoa. Se a pessoa tiver dificuldades na compreensão do nome do objeto, o interlocutor pode dizer qual a função do mesmo, o que pode facilitar o desempenho, pois fornece mais pistas e mais informação (Borthwick, 2012). A (ii) repetição, que consiste em repetir as palavras ou enunciados, pode ser usada como forma de auxílio à compreensão da pessoa (Peixoto & Valente, 2012). Também para facilitar a compreensão por parte da pessoa, pode recorrer-se ao uso de (iii) vocabulário rotineiro, (iv) frases curtas e simples e à (v) reformulação da mensagem (Dalemans et al., 2009, Peixoto & Valente, 2012). Com a (vi) pista silábica e pista fonémica é fornecida a primeira sílaba e/ou fonema da palavra, facilitando a expressão da mesma por parte da pessoa. A (vii) lentificação do discurso pode ser usada para que a pessoa tenha tempo adicional de integrar a informação (Peixoto & Valente, 2012). As (viii) perguntas de resposta sim/não possibilitam que a pessoa seja capaz de se expressar com maior eficácia (Borthwick, 2012, Peixoto & Valente, 2012) e (ix) confirmar o tema permite ao interlocutor certificar-se que compreendeu a mensagem e que a pessoa percebe que está a ser compreendida

(Borthwick, 2012). A (x) adivinhação, em que o interlocutor tenta adivinhar o que a pessoa tenta dizer e expressa-se em seu lugar, pode tornar a conversa mais rápida (Tetzchner & Martinsen, 2000, Peixoto & Valente, 2012). Por sua vez, (xi) utilizar parceiros para interpretar permite aos profissionais uma melhor compreensão do que a pessoa pretende transmitir (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012). As (xii) sequências de esclarecimento são usadas para fechar a conversação e é nestas em que o interlocutor faz um resumo das informações compreendidas (Kagan & Simmons-Mackie, 2010). O (xiii) marcador de discurso sugere que a conversa a seguir não está de acordo ou concordante com a conversa anterior, sendo usado para sinalizar subtilmente desacordo ou uma mudança na orientação da conversa a seguir (Kagan & Simmons-Mackie, 2010). Os (xiv) sinais de reconhecimento consistem no uso de declarações como ‘uhm, sim, estou a ver’ ou aceno de cabeça, que informa à pessoa que o interlocutor estava interessado na comunicação e que a pessoa contribuiu para a interação (Kagan & Simmons-Mackie, 2010). Ao usar a (xv) sobreposição congruente o interlocutor balança a cabeça em simultâneo com a pessoa demonstrando interesse no processo comunicativo, apoiando as contribuições deste e reconhecendo a sua competência (Kagan & Simmons-Mackie, 2010). Por último, a (xvi) acomodação sugere que o interlocutor recorra a métodos diferentes do padrão de interação, adotando os mesmos usados pela pessoa (Kagan & Simmons-Mackie, 2010, Peixoto & Valente, 2012).

C) Estratégias utilizadas todos os intervenientes na díade comunicativa

Existem estratégias que podem ser utilizadas quer pelos profissionais quer pela pessoa com dificuldades comunicativas. A (i) palavra-chave, sendo apenas uma palavra, será mais facilmente compreendida (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012). A (ii) soletração e a (iii) sobrearticulação, bem como a (iv) ênfase de palavras durante o discurso, através da sua maior acentuação e articulação exagerada, auxiliam a compreensão da mensagem (Murphy, 2004). O (v) aumento da intensidade é uma estratégia que pode ajudar na compreensão da mensagem (Peixoto & Valente, 2012). A (vi) postura, ou seja, comunicar de frente, é benéfico pois são necessárias todas as pistas não verbais para compreender melhor a mensagem que está a ser transmitida (Murphy, 2004). Ambos podem recorrer à (vii) expressão facial, à (viii) leitura labial (Dalemans et al., 2009) e ao (ix) contacto ocular para facilitar a

comunicação (Dalemans et al., 2009, Peixoto & Valente, 2012). O (x) estar ao mesmo nível da pessoa ajuda na compreensão da mensagem (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012) e (xi) estar atento permite demonstrar interesse no processo comunicativo, por parte do profissional e também favorece a compreensão da pessoa (Dalemans et al., 2009). Minimizar as interferências ambientais procurando (xii) locais sossegados, calmos e sem ruído e (xiii) áreas iluminadas ajudam na obtenção de pistas para melhor compreensão da mensagem (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012). As (xiv) pistas contextuais podem ser usadas para que tenham uma pista mais concreta e possam compreender mais facilmente (Murphy, 2004). Ainda, o (xv) apontar com o olhar fornece pistas para facilitar a compreensão (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012), assim como as (xvi) pistas gestuais (gestos de uso comum, como o apontar e a mímica) (Borthwick, 2012); (Peixoto & Valente, 2012). Se a pessoa apresentar dificuldades ao nível da compreensão de material verbal, o interlocutor recorre à (xvii) escrita (papel e caneta), mas a pessoa também pode recorrer a esta estratégia como forma de expressão, dependendo do nível escolar da pessoa (Dalemans et al., 2009, Peixoto & Valente, 2012). A Comunicação Aumentativa e Alternativa¹, nomeadamente o uso de (xviii) alfabeto/alfanumérico, (xix) quadros de comunicação com signos gráficos (Sistemas SPC, PIC...), (xx) sistemas portáteis de escrita e/ou (xxi) dispositivos com saída de voz que auxiliam a comunicação, facilitam a expressão da pessoa e, por consequência, a compreensão da mensagem por parte do interlocutor (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012). Pode também (xxii) acompanhar-se a informação oral com a escrita (letra maiúscula, de tamanho aumentado) de modo a fornecer dois tipos de informação – auditiva e visual – à pessoa, tendo por objetivo facilitar a sua compreensão, no entanto estas podem ser formas usadas pela pessoa para comunicar (Dalemans et al., 2009, Peixoto & Valente, 2012). Por fim, o (xxiii) desenho pode ser usado de forma a auxiliar a compreensão da pessoa e pode ser uma forma de expressão, mas sempre associada à fala (Peixoto & Valente, 2012).

¹ A CAA é uma área da prática clínica que pretende compensar (temporária ou permanentemente) os défices ou dificuldades do indivíduo com graves dificuldades comunicativas. Implica o recurso a formas não faladas para complementar ou substituir a fala (Tetzchner and Martinsen, 2000).

Segundo Araújo & Silva (2012) estas competências precisam de ser treinadas e avaliadas. Para tal, é importante reconhecer que muitas das equipas interdisciplinares na área dos Cuidados Paliativos possuem meios humanos especializados para desempenhar este papel: o terapeuta da fala. No entanto, é raro haver condições criadas para que a intervenção terapêutica se centre não apenas nas PDC, mas também em todos os seus interlocutores, ou seja, entre outros, na equipa de PS.

O terapeuta da fala é o profissional especializado em orientar, educar e criar estratégias eficazes na promoção da comunicação entre a equipa e a pessoa-família, de forma a maximizar o processo comunicativo (CPLOL, 1997, Pinto, 2009); é, assim, o profissional competente na habilitação dos PS no sentido de serem promotores de uma comunicação funcional², contribuindo para o bem-estar dos utentes. As estratégias comunicativas utilizadas devem atender às mudanças, necessidades e capacidades da PDC. Assim, devem propiciar uma comunicação funcional, mesmo quando a capacidade de falar for ineficiente, podendo recorrer ao uso de comunicação total (CPLOL, 1997, Pinto, 2009). Tal deve ser encarado como fundamental, uma vez que, sobretudo médicos e enfermeiros são os primeiros a manter contacto com PDC (Gordon et al., 2009). A funcionalidade comunicativa dos profissionais não depende apenas da PDC, mas de todos os interlocutores envolvidos no processo comunicativo, assim os profissionais deverão ser capazes de conhecer e utilizar estratégias comunicativas e de recorrer a elas sempre que necessário (Borthwick, 2012). Além de orientar a todos que interagem com o paciente formas de maximizar a comunicação, cabe também ao terapeuta da fala desenvolver estratégias na área da comunicação, seja através da readaptação da linguagem oral, seja no estabelecimento de uma comunicação efetiva não verbal, garantindo ao doente uma melhor comunicação e uma melhoria na inter-relação deste com seus familiares e equipa (CPLOL, 1997).

A gravidade do problema comunicativo é um indicador do grau da depressão e do prognóstico de recuperação. As PDC reconhecem as suas dificuldades e sofrem com

² Comunicação funcional é a capacidade de receber ou transmitir informações e mensagens, de modo eficaz e independente, de acordo com as exigências do ambiente, incluindo, a flexibilidade e adaptação a contextos e interlocutores. Inclui todas as formas de comunicação verbal e não verbal e foca a eficiência e a independência comunicativa (CPLOL, 1997).

a sua nova condição de saúde (Gordon et al., 2009). Este facto alerta para a necessidade da modificação do olhar dos profissionais perante estas pessoas. Esta nova visão deve valorizar a pessoa como um todo e eliminar o pensamento centrado na doença (Dalemans et al., 2009). A importância da existência do diálogo entre o PS e a PDC, recai na partilha de angústias, assim como, numa forma mais ágil e positiva de superar as dificuldades sentidas, por ambas as partes (Dalemans et al., 2009).

Se os profissionais receberem formação sobre as competências comunicativas e as diferentes estratégias relacionadas com PDC, podem aprender a gerir hesitações e silêncios, ganhando mais confiança sobre as suas competências de conversação (Gordon et al., 2009).

Os PS devem atuar de acordo com as competências preservadas da pessoa, em vez de focar a intervenção nos défices, levando a ações que proporcionam suporte, autocura, reintegração e bem-estar. Devem também perceber que um dos objetivos da comunicação é promover a identidade positiva da pessoa, reforçando as suas competências (Kagan & Simmons-Mackie, 2010).

Van Gorp et al. (2013) refere que atingir cuidados de alta qualidade durante a última fase da vida poderá ser possível através de uma equipe multidisciplinar e de uma abordagem multidimensional, envolvendo não só objetivos de intervenções médicas, mas também as perspetivas da pessoa e da família. Assim, uma comunicação adequada entre PS, PDC e família é considerada fundamental para aumentar a qualidade do atendimento e qualidade de vida durante a última fase da doença (Van Gorp et al., 2013).

Uma mudança cultural associada à formação específica sobre como ser um parceiro de comunicação eficaz, pode ajudar a melhorar a interação entre profissionais e PDC, melhorando a prática clínica (Gordon et al., 2009).

Desta forma considera-se pertinente investir na área da comunicação, através de formação e *checklists* sobre competências e estratégias comunicativas, de forma a maximizar a comunicação entre os PS e as PDC.

3. HIPOTESE DE TRABALHO

Para Fortin (2009) o objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia com precisão o que o investigador tenciona fazer para obter respostas às suas perguntas de investigação. Por seu lado, as perguntas de investigação e as hipóteses precisam o objetivo, delimitam as variáveis de investigação e as suas relações mútuas, assim como a população estudada.

Assim, pretende-se com este estudo avaliar a implementação de um Programa de Estratégias de Comunicação dirigido à intervenção no processo de comunicação profissionais-pessoas com dificuldades comunicativas, em contexto de prestação de serviços de saúde em Cuidados Paliativos.

Neste sentido consideram-se como objetivos: a) desenvolver um Programa, constituído por uma Formação e um Plano de Comunicação, dirigido à intervenção no processo de comunicação PS-PDC, em contexto de prestação de serviços de saúde em Cuidados Paliativos; b) avaliar os efeitos da aplicação do Programa no processo de comunicação PS-PDC; e c) propor reformulações ao Programa testado, de acordo com as perceções dos participantes.

Atendendo a que as hipóteses são enunciados formais de relações previstas entre duas ou mais variáveis (Fortin, 2009) e tendo em conta a fundamentação teórica acima já enunciada, foi definida para este estudo a seguinte hipótese, de modo a alcançar os objetivos:

H0: O Programa desenvolvido, testado num período de dois meses, não modifica/melhora o processo de comunicação PS-PDC.

H1: O Programa desenvolvido, testado num período de dois meses, modifica/melhora o processo de comunicação PS-PDC.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

A pesquisa científica pressupõe que o investigador tenha a capacidade de identificar e justificar as linhas orientadoras que estiveram na base das opções metodológicas, assim como dos processos e técnicas de investigação utilizadas. A opção pelo método de estudo e técnica de pesquisa dependem da natureza do problema definido pelo investigador ou das características do objeto que se pretende conhecer ou estudar (Fortin, 2009).

Este estudo baseia-se, primeiramente, na realização de uma pesquisa bibliográfica, de forma a recolher informação quanto à temática a estudar. Na sequência dos objetivos propostos, o presente estudo pretende analisar a relação a implementação do Programa de Comunicação (variável independente) e duas variáveis dependentes principais: o momento de avaliação (pré e pós) e grupo em estudo (experimental e controlo). Outras variáveis dependentes secundárias foram recolhidas, mas não estudadas: género, idade, profissão, experiência profissional, habilitações literárias dos PS e género, idade e quadro clínico das PDC. Assim, este trabalho tem características que o definem como um estudo do tipo quantitativo, visto que a sua finalidade é descrever, analisar e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente (Fortin, 2009). É ainda longitudinal já que compara medidas ao longo do tempo ou em recolhas da mesma variável em momentos distintos, existindo uma avaliação simultânea da ‘exposição’ e da ‘condição’ (Fortin, 2009).

Dentro dos métodos quantitativos pode-se enquadrar este estudo na categoria de investigação do tipo quasi-experimental, uma vez que o desenho do estudo pressupõe a existência de um grupo de controlo e um grupo experimental e a utilização de medidas de pré e pós intervenção (Shadish et al., 2002). Segundo este método, os grupos são avaliados em dois momentos distintos, antes (pré teste) e depois (pós teste) da manipulação da variável independente – o Programa constituído pela Formação e pelo Plano de Comunicação. A manipulação da condição quasi-experimental acontece após a distribuição aleatória dos participantes pelas duas condições. Assim, neste plano de

investigação, como o próprio nome indica, observa-se uma aproximação ao plano experimental, contudo, não se controla a similaridade entre os grupos (Shadish et al., 2002). Este método é especialmente útil pois, por vezes, as variáveis não podem ser manipuláveis diretamente, ou são manipuladas por fatores exógenos ao investigador. Nesse contexto, recorre-se ao método quasi-experimental, já que não é possível controlar todas as variáveis que podem influenciar os resultados do grupo experimental e do grupo de controlo, afetando a validade interna. Assim, em compensação, na escolha dos grupos deve tentar-se controlar ao máximo as variáveis, para que os grupos sejam o mais parecidos possível (Shadish et al., 2002).

Do ponto de vista prático é implementado um Programa numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, onde através de uma Formação sobre estratégias facilitadoras da comunicação e sua partilha com determinados PS (grupo experimental) e da utilização de um Plano de Comunicação (pelo mesmo grupo), se irá perceber se a comunicação se torna mais funcional durante a prestação dos cuidados de saúde.

O Programa em análise, neste trabalho denominado de Programa de Comunicação, trata-se de um procedimento pioneiro na instituição selecionada, e sem precedentes descritos em outras instituições a nível nacional. Desta forma, considerou-se de especial relevância analisar não apenas os resultados obtidos, mas o processo de implementação em si, de forma a obter ganhos no próprio Programa e propor melhorias no mesmo. Assim, uma segunda componente deste estudo seguiu um método observacional descritivo, através da recolha de opiniões junto dos profissionais que foram submetidos ao procedimento experimental. O levantamento de dados refere-se à opinião num momento único, no final da implementação do Programa, sendo por isso de caráter transversal. O tratamento de dados é de caráter quantitativo e também qualitativo, já que houve lugar a questões de resposta aberta.

4.2. Amostra

A amostra do estudo é constituída por 112 díades comunicativas³ geradas entre 14 PS (enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes operacionais) e quatro PDC. Estes elementos (profissionais e pessoas que apresentam dificuldades comunicativas) estão

³ Processo comunicativo entre emissor e receptor que inclui partilha de informação.

integrados na Unidade de Cuidados Continuados Longa Duração e Manutenção Divino Salvador. A escolha da Unidade foi realizada por conveniência, uma vez que é o local de trabalho da investigadora. Assim, a instituição não foi selecionada aleatoriamente, aplicando-se critérios de escolha intencional (Fortin, 2009).

Os profissionais da Unidade em questão que participaram neste estudo tinham como critérios de inclusão: a) efetuarem prestação de serviços na referida Unidade; e b) pertencerem a uma categoria profissional com prestação direta de cuidados de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes operacionais). Estes foram, posteriormente, emparelhados de acordo com a categoria profissional e distribuídos aleatoriamente pelos dois grupos de estudo (controlo e experimental), garantindo o equilíbrio entre os mesmos. As pessoas sobre quem os profissionais iriam basear a sua avaliação aquando dos atos comunicativos deveriam estar integrados na Unidade num período inferior a 15 dias (inclusive) e terem dificuldades comunicativas, não sendo incluídas pessoas com limitações de comunicação muito graves. O quadro clínico apresentado por estas pessoas não foi considerado critério de inclusão ou de exclusão.

4.3. Instrumentos de recolha de dados

Para medir e caraterizar o processo comunicativo entre PS-PDC utilizou-se uma tradução livre do instrumento de recolha de dados *The Montreal Evaluation of Communication Questionnaire for use in Long-Term Care* (MECQ-LTC) (Le Dorze et al., 2000). Vaz (2010) realizou um estudo de caso na população portuguesa num contexto idêntico ao nosso estudo e utilizou uma tradução livre do MECQ-LTC, a mesma versão utilizada no nosso estudo⁴. No trabalho de Vaz (2010) foi ainda realizado um pré-teste, pelo que se considerou que os critérios mínimos de validação de conteúdo foram cumpridos, não se tendo por isso procedido a outros processos de validação e/ou adaptação do instrumento. Por não se tratar da versão original do instrumento, e sim uma versão portuguesa, este será referenciado ao longo deste trabalho como MECQ-LTCvp.

⁴ Agradece-se à Doutora Assunção Matos a autorização da utilização, no presente estudo, da sua tradução.

Este instrumento é constituído por duas partes (Anexo I). A parte I avalia a frequência do uso dos meios de comunicação pela PDC e pelos PS, numa escala de *Likert* de três pontos (0 – nunca, 1 – algumas vezes, 2 – frequentemente). Esta parte é composta por três componentes que contêm os parâmetros (i) Meios de comunicação usados pela pessoa com dificuldades comunicativas (e.g. Sim e Não indicados por movimentos de cabeça); (ii) Meios usados pelo profissional para compreender a pessoa com dificuldades comunicativas (e.g. Perguntas de resposta Sim/Não); e (iii) Meios usados pelo profissional para transmitir uma mensagem à pessoa (e.g. Fala). A parte II, contendo seis componentes, avalia aspetos relacionados com a comunicação, numa escala dicotómica (Sim/Não), sendo a opção Sim subdividida numa escala de *Likert* de três pontos (0 – sem esforço, 1 – algum esforço, 2 – muito esforço). Na opção Não podem enquadrar-se as respostas: ‘o utente não faz’, ‘não necessita de assistência’, ‘é impossível para o utente’, ‘eu não sei’. Estas componentes, contêm parâmetros relacionados com: (i) Cuidados pessoais (e.g. Expressa a necessidade de ir ao WC?); (ii) Nutrição (e.g. Expressa a necessidade de comer/beber?); (iii) Cuidados de saúde (e.g. Expressa necessidades relacionadas com ajudas técnicas...?); (iv) Mobilidade e orientação (e.g. Expressa a necessidade de ser orientado no tempo e no espaço?); (v) Atividades recreativas (e.g. Expressa prazer quando participa numa atividade recreativa?); e (vi) Atos de comunicação genérica (e.g. Expressa sentimentos como tristeza, ansiedade, gostos?). No total o questionário engloba cerca de 30 estratégias, um número elevado mas ainda assim inferior às 40 existentes no Plano de Comunicação.

Adicionalmente, foi também elaborado um questionário (Apêndice II) contendo: duas questões fechadas, numa escala numérica de cinco pontos onde 1 corresponde a – nada útil e 5 – a muito útil; e cinco questões abertas onde se pretende saber a opinião dos PS sobre a utilidade do Programa, aspetos positivos e negativos e possíveis sugestões para melhorar o Programa.

4.4. Procedimentos

Numa fase inicial, a Unidade onde se implementou o estudo foi contactada, tendo-se realizado um pedido formal e uma reunião com a diretora executiva da instituição, onde foram expostos os procedimentos e os objetivos do estudo (Apêndice III). Após a obtenção das autorizações, foram contactados os vários PS que prestavam

serviços na Unidade e solicitada a sua colaboração, informando-os sobre os objetivos do estudo e salvaguardando-se todos os princípios éticos subjacentes, tais como, consentimento informado, participação voluntária e confidencialidade (Apêndice IV). Os consentimentos informados foram assinados presencialmente, para que se realizassem esclarecimentos adicionais, promovendo uma partilha de informação clara e objetiva (Bardin, 2008). Na presença da diretora da Unidade, de maneira aleatória, foram selecionados os profissionais (por categoria profissional) que fariam parte do grupo experimental e do grupo de controlo.

Foram sinalizadas quatro PDC, pela terapeuta da fala (a autora), que cumpriam os critérios de inclusão para este estudo. Estes foram contactados, assim como os seus cuidadores formais, tendo sido informados sobre os procedimentos subjacentes ao estudo bem como os seus objetivos. Após demonstração de interesse em participarem no estudo de forma passiva foram entregues os consentimentos informados que foram assinados pelos cuidadores (Apêndice V). A terapeuta da fala fez um levantamento das dificuldades comunicativas e das principais formas de expressão utilizadas pelas PDC, resultando na construção do Plano de Comunicação (Apêndice VI), com as estratégias a que cada PDC recorre para se expressar, como também as que os interlocutores deverão utilizar para facilitar o processo comunicativo.

Seguidamente, foi elaborada uma ação de Formação que teve como principais conteúdos e objetivos fomentar as competências e estratégias comunicativas a serem utilizadas pelos vários PS com PDC (Apêndice VII). Os conteúdos estão devidamente descritos na revisão bibliográfica desta dissertação. Este processo foi revisto e analisado por dois terapeutas da fala, professores no ensino superior e especialistas na área da comunicação, e posteriormente implementado.

A componente prática do estudo decorreu durante um período de dois meses, entre março e maio de 2014. No dia dez de março foi aplicado o pré-teste – MECQ-LTCvp – ao grupo experimental e ao grupo de controlo, para avaliar a comunicação entre o PS e a PDC. Assim, os profissionais preencheram os questionários relativamente à perceção que têm sobre a comunicação com as quatro PDC. Na mesma data, foi efetuada a Formação aos profissionais selecionados para o grupo experimental e entregue o Plano de Comunicação com as estratégias comunicativas que poderiam vir a facilitar o processo comunicativo com cada uma das PCD. Esta Formação foi realizada

na Unidade, com recurso a material multimédia/à projeção do *power point* elaborado, tendo a duração de duas horas. Foram entregues, em suporte de papel, os diapositivos para que os profissionais melhor acompanhassem a apresentação e pudessem retirar anotações. No final, os profissionais receberam um manual de competências e estratégias comunicativas.

Considera-se este momento (Formação e entrega do Plano de Comunicação) como a intervenção prática junto dos profissionais, pelo que, após o mesmo decorreu um intervalo de dois meses. O grupo de controlo não foi submetido a nenhum dos processos acima descritos. Findo este período, no dia dez de Maio, aplicou-se o pós-teste – MECQ-LTCvp – a ambos os grupos. Posteriormente foi entregue um questionário a cada profissional do grupo experimental com o intuito de compreender, explicitamente, a opinião destes PS sobre a utilidade do Programa.

Com o intuito de assegurar uma maior fiabilidade dos resultados obtidos, diminuindo, assim, a influência das variáveis não identificadas, a avaliação dos efeitos da intervenção foi efetuada através de comparações, pelo que a avaliação pós-intervenção foi realizada em condições análogas à avaliação pré-intervenção (Fortin, 2009).

4.5. Tratamento de dados

A realização de testes de hipóteses é necessária para a análise estatística das variáveis. Os testes de hipóteses permitem decidir se as variáveis a testar têm ou não significância estatística no estudo. Cada teste de hipóteses envolve sempre um par de hipóteses: uma hipótese nula, contra uma hipótese alternativa. Através destes é possível rejeitar ou não a hipótese nula, de acordo com o valor observado na realização da estatística e comparando-o com o valor que se encontra na tabela de distribuição a aplicar (valor crítico). Se o valor observado for superior ao valor crítico, rejeita-se a hipótese nula (Pestana & Gageiro, 2008).

Pode-se também tirar igual conclusão a partir da observação do *p-value*. O *p-value* é o nível mínimo de significância que permite rejeitar a hipótese nula. Se este valor for inferior ao nível de significância que se deseja então rejeita-se a hipótese nula. No sentido de verificar os efeitos do Programa foi efetuada a análise descritiva e inferencial, comparando os resultados obtidos intra e inter grupos através das questões

aplicadas no pré-teste e no pós-teste. Estas permitem verificar a frequência de uso dos meios de comunicação usados pelos PS e pelas PDC e o esforço dos PS e das PDC, na perspetiva do profissional, para efetivarem a comunicação. Para além da estatística descritiva, foram também utilizadas Análises Univariadas (*Anova*) e Análises de medidas repetidas (*t de student*), tendo como objetivo verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos (Pestana & Gageiro, 2008) na comparação dos grupos pré e pós teste definidos. Foram realizados testes de significância estatística de uma variável explicativa, nomeadamente sobre as variáveis momento e grupo. Para determinar o significado das relações entre as variáveis, utilizou-se o nível de significância de $\alpha=0,05$.

Recorreu-se ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22, tendo sido efetuadas as seguintes análises: a) comparação entre a fase pré e pós do grupo experimental; b) comparação entre a fase pré e pós do grupo de controlo; c) comparação entre grupo experimental e controlo na fase pré; e d) comparação entre grupo experimental e controlo na fase pós.

Para se efetuar o tratamento dos dados relativos à avaliação da ação optou-se pela análise de conteúdo por ser uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, convertendo as respostas a uma pergunta aberta em código tratável estatisticamente (Tatzl & Waldhauser, 2010). Esta análise tem como objetivo garantir que o significado efetivo do que foi dito pelo entrevistado seja alcançado pelo entrevistador (Bardin, 2008). Para facilitar a análise dos dados recolhidos, os mesmos serão agrupados em categorias, refletindo as intenções da investigação e as questões de base (Tatzl & Waldhauser, 2010). Tal exige uma definição precisa das categorias de análise, de modo a permitir que diferentes pesquisadores possam utilizá-las, obtendo os mesmos resultados. A quantificação permitirá obter informações mais precisas e objetivas sobre a frequência da ocorrência das características do conteúdo (Tatzl & Waldhauser, 2010). As categorias serão exclusivas uma vez que os elementos pertencem apenas a uma categoria e serão objetivas, pois as características são explícitas e claras (Bardin, 2008).

A definição das categorias será realizada *a posteriori* da recolha e da análise dos dados, sendo que primeiramente foram definidas as unidades de registo de segmento

mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder à análise (Tatzl & Waldhauser, 2010). Posteriormente as unidades de registo (e.g. comunicação facilitada; maior consciência;), definidas segundo o quadro teórico orientador da investigação e seus objetivos, foram colocadas numa dada categoria (Bardin, 2008). De forma a responder ao objetivo do estudo foram criadas as categorias: Profissionais de saúde, Conhecimento Explícito do Processo Comunicativo; Díade Comunicativa; Aspetos Positivos; Aspetos Negativos; e Sugestões.

Seguidamente, será realizada uma tabela de dupla entrada, tendo como base as categorias criadas com as respetivas unidades de registo, de forma quantificar os dados recolhidos, para permitir uma análise simultaneamente abrangente e pormenorizada dos resultados obtidos.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Em todas as abordagens de investigação, após a recolha dos dados procede-se à organização dos mesmos (Fortin, 2009). Assim, será apresentada a análise de estatística descritiva com caracterização dos PS e das pessoas que geraram as díades comunicativas do estudo.

Tabela 1: Caracterização dos profissionais envolvidos no estudo

Profissional	Grupo	Profissão	Género	Idade	Exp. Profissional	Habilitações lit.
PS1	Experimental	Assistente Op	Feminino	39	3 Anos	9º Ano
PS2	Experimental	Assistente Op	Feminino	33	3 Anos	9º Ano
PS3	Experimental	Assistente Op	Feminino	35	2 Anos	9º Ano
PS4	Experimental	Enfermeiro	Masculino	27	4 Anos	Pós Graduação
PS5	Experimental	Enfermeiro	Masculino	26	2 Anos	Licenciatura
PS6	Experimental	Enfermeiro	Masculino	25	6 Meses	Licenciatura
PS7	Experimental	Fisioterapeuta	Feminino	25	3 Meses	Licenciatura
PS8	Controlo	Assistente Op	Feminino	36	18 Meses	12º Ano
PS9	Controlo	Assistente Op	Feminino	32	2 Anos	12º Ano
PS10	Controlo	Assistente Op	Feminino	37	13 Anos	12º Ano
PS11	Controlo	Enfermeira Op	Feminino	30	10 Anos	Pós Graduação e Esp
PS12	Controlo	Enfermeira Op	Feminino	26	3 Anos	Licenciatura
PS13	Controlo	Enfermeira Op	Feminino	27	3 Anos	Licenciatura
PS14	Controlo	Fisioterapeuta	Masculino	24	1 Ano	Licenciatura

Procedendo à descrição dos PS que participaram no estudo (Tabela 1), verifica-se que para um total de 14 profissionais, existem sete pertencentes ao grupo experimental e sete ao grupo de controlo. Cada grupo é constituído por três assistentes operacionais, três enfermeiras e um fisioterapeuta. Quanto ao género, no estudo participaram quatro homens e dez mulheres com uma média de 30 anos.

Relativamente às habilitações literárias, os fisioterapeutas e os enfermeiros são todos licenciados, sendo que um enfermeiro do grupo de controlo tem pós graduação e especialização e um enfermeiro do grupo experimental tem pós graduação. As assistentes operacionais do grupo de controlo têm o 12º ano e as do grupo experimental têm o 9º ano.

No que concerne à experiência profissional, o fisioterapeuta do grupo experimental tem três anos de experiência e o do grupo de controlo tem um ano. As assistentes operacionais apresentavam uma média de 4 anos e 1 mês de experiência profissional com uma variabilidade na sua amplitude de 11 anos. Os enfermeiros apresentavam uma média de 3 anos e 8 meses de experiência profissional com uma variabilidade na sua amplitude de 9 anos e 6 meses.

Tabela 2: Caraterização das pessoas com dificuldades comunicativas envolvidas no estudo

Pessoa	Género	Idade	Quadro Clínico	Diagnóstico
PDC1	Feminino	73 Anos	Esclerose Lateral Amiotrófica	Disartria
PDC2	Masculino	79 Anos	Acidente Vascular Cerebral	Afasia
PDC3	Feminino	81 Anos	Acidente Vascular Cerebral	Afasia, Disartria
PDC4	Feminino	79 Anos	Acidente Vascular Cerebral	Afasia, Disartria

Relativamente às quatro PDC que participaram no estudo, verifica-se que três são do género feminino e apenas um do género masculino. Quanto à variação etária, constata-se que a média de idades é de 78 anos. O quadro clínico mais frequente é o acidente vascular cerebral (n=3), verificando-se que existe uma PDC com esclerose lateral amiotrófica (n=1). Os diagnósticos variam entre: afasia⁵ (n=3), disartria⁶ (n=3).

5.2. Meios de comunicação usados pela Pessoa com Dificuldades Comunicativas e pelo Profissional de Saúde

Seguidamente serão descritos e analisados os resultados obtidos referentes à aplicação do MECQ-LTCvp e será verificada a presença ou não de diferenças nos scores resultantes nos distintos momentos da recolha dos dados. De referir que foram apenas analisadas as variáveis grupo (experimental e controlo) e momento (pré e pós). As variáveis género, habilitações literárias, experiência profissional e categoria

⁵ Afasia - Perturbação da capacidade de compreender e formular linguagem devido a lesão adquirida no Sistema Nervoso, representada por alterações da compreensão auditiva, linguagem expressiva oral, escrita e leitura (Rosenbek et al., 1989).

⁶ Disartria - Grupo de perturbações da fala decorrentes de alterações no controlo motor da musculatura envolvida na produção da mesma. Inclui alterações da respiração, fonação, articulação, ressonância e prosódia (Duffy in Maas et al., 2008).

profissional foram apenas usadas de forma exploratória na análise e interpretação dos dados, pelo que não foram consideradas na análise estatística.

Importa salientar que ao longo das tabelas, as células em que não existem valores associados justificam-se pela falta de pressupostos para fazer a análise, como por exemplo: número insuficiente de dados para realizar a análise.

O conteúdo associado ao código de cada uma das questões apresentadas nas tabelas (e.g. A1, A2, A3, ...), encontra-se devidamente descrita em apêndice para melhor compreensão (Apêndice VIII).

Tabela 3: Resultados do MECQ-LTCvp relativos à perceção dos Profissionais de Saúde sobre os meios de comunicação usados pelas Pessoas com Dificuldades Comunicativas

Questões	Grupo experimental									Grupo de controlo								
	Pré				Pós				P-value	Pré				Pós				P-value
	Nunca	Alg. vezes	Freq	Média	Nunca	Alg. vezes	Freq	Média		Nunca	Alg. vezes	Freq	Média	Nunca	Alg. vezes	Freq	Média	
A1	14,3	46,4	39,3	1,25	3,6	10,7	85,7	1,8	0,00**	7,1	28,6	64,3	1,57	7,1	35,7	57,1	1,5	0,49
A2	0	64,3	35,7	1,36	0	21,4	78,6	1,8	0,003*	0,00	42,9	57,1	1,57	0	46,4	53,6	1,5	0,713
A3	21,4	35,7	42,9	1,21	7,1	53,6	39,3	1,3	0,415	14,3	53,6	32,1	1,18	10,7	57,1	32,1	1,2	0,713
A4	25	42,9	32,1	1,07	17,9	39,3	42,9	1,3	0,134	10,7	67,9	21,4	1,11	0	57,1	42,9	1,4	0,001**
A5	25	28,6	46,4	1,21	39,3	10,7	50	1,1	0,264	10,7	32,1	57,1	1,46	14,3	46,4	39,3	1,3	0,056
A6	35,7	57,1	7,1	0,71	46,4	46,4	7,1	0,6	0,264	32,1	46,4	21,4	0,89	28,6	50	21,4	0,9	0,713
A7	64,3	35,7	0	0,36	28,6	53,6	17,9	0,9	0,001**	39,3	46,4	14,3	0,75	25	46,4	28,6	1,0	0,088
A8	32,1	42,9	25	0,93	21,4	32,1	46,4	1,3	0,017*	28,6	28,6	42,9	1,14	21,4	39,3	39,3	1,2	0,745
A9	32,1	46,4	21,4	0,89	14,3	39,3	46,4	1,3	0,001**	32,1	42,9	25	0,93	28,6	32,1	39,3	1,1	0,13
A10	46,4	17,9	35,7	0,89	32,1	14,3	53,6	1,2	0,036*	60,7	25	14,3	0,54	64,3	32,1	3,6	0,4	0,381
A11	75	10,7	10,7	0,43	75	21,4	3,6	0,3	0,293	82,1	14,3	3,6	0,21	78,6	21,4	0	0,2	1,00
A12	39,3	53,6	7,1	0,68	32,1	42,9	25	0,9	0,017*	39,3	57,1	3,6	0,64	28,6	71,4	0	0,7	0,573
A13	85,7	14,3	0	0,14	92,9	7,1	0	0,1	0,326	75	17,9	7,1	0,32	78,6	14,3	7,1	0,3	0,57
A14	67,9	32,1	0	0,32	82,1	17,9	0	0,2	0,043*	92,9	7,1	0	0,07	92,9	7,1	0	0,1	-

Legenda: As células destacadas a cinzento referem-se às respostas com maior frequência. Nas colunas de P-value são destacados os valores que representam diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância igual ou inferior a *0.05 e **0.01.

Na tabela 3 relativamente à perceção do profissional sobre os meios de comunicação usados pelas PDC verifica-se que, na fase pré do grupo experimental, durante a díade comunicativa as pessoas utilizavam com maior frequência as estratégias ‘fala’ (A3), ‘sim/não oralmente’ (A5) e ‘um código que é necessário interpretar’ (A10). Utilizavam algumas vezes ‘sim/não com a cabeça’ (A1), ‘expressões faciais’ (A2) e ‘movimentos corporais’ (A4). Constata-se que uma percentagem elevada referiu nunca usar as estratégias ‘vocalizações ou variações de entoação’ (A7), ‘um código que é necessário interpretar’ (A10), ‘sim ou não apontando palavras escritas’ (A13), e ‘uso do

livro de comunicação' (A14). Na fase pós, ainda do grupo experimental, verifica-se um aumento do uso das estratégias 'sim/não com a cabeça' (A1), 'expressões faciais' (A2), 'movimentos corporais' (A4), 'apontar' (A8), 'gestos' (A9) e 'um código que é necessário interpretar' (A10). Algumas destas estratégias passaram a ser utilizadas frequentemente em vez de algumas vezes. As estratégias que não eram muito utilizadas mantiveram os mesmos resultados, com exceção da estratégia 'vocalizações ou variações de entoação' (A7) que diminuiu os valores de nunca, tendo aumentado os valores frequentemente de zero para 17,9%.

Após a implementação do Programa, no que concerne à percepção do PS relativamente às estratégias utilizadas pelas PDC para comunicar, entre momentos de recolha, verificaram-se melhorias estatisticamente significativas na frequência do uso das seguintes estratégias: 'sim e não indicando com a cabeça' (A1), 'expressões faciais' (A2), 'vocalizações ou variações de entoação' (A7), 'apontar' (A8), 'gestos' (A9), 'um código para interpretar' (A10) e 'gesticular' (A12). Constatou-se, ainda uma alteração estatisticamente significativa relativa ao 'uso do livro de comunicação' (A14), sendo que este valor se alterou pela diminuição significativa do uso do mesmo.

Relativamente ao grupo de controlo, na fase pré, às estratégias mais utilizadas pelas PDC foram 'sim/não com a cabeça' (A1), 'expressões faciais' (A2), 'sim/não oralmente' (A5) e 'apontar' (A8). Verificou-se que as estratégias com percentagem elevada para nunca serem usadas eram 'um código para interpretar' (A10), 'escrever ou desenhar' (A11), 'sim ou não indicando palavras escritas ou imagem' (A13) e o 'uso do livro de comunicação' (A14). Na fase pós, as estratégias com percentagem na escala frequentemente e nunca utilizadas foram as mesmas que na fase inicial, no entanto existiu um aumento significativo do uso da estratégia 'movimentos corporais' (A4) e um ligeiro aumento do uso do 'apontar' (A8) e de 'gestos' (A9).

Tabela 4: Resultados do MECQ-LTCvp relativos aos meios usados pelos Profissionais de Saúde para compreenderem a Pessoa com Dificuldades Comunicativas

Questões	Grupo experimental									Grupo de controlo								
	Pré				Pós				P-value	Pré				Pós				P-value
	Nunca	Alg. vezes	Freq	Média	Nunca	Alg. vezes	Freq	Média		Nunca	Alg. vezes	Freq	Média	Nunca	Alg. vezes	Freq	Média	
B1	0,0	0,0	100	2	0,0	0,0	100	2	-	0,0	25	75	1,75	0,0	17,9	82,1	1,82	0,161
B2	0,0	14,3	85,7	1,86	0,0	0,0	100	2	0,04*	82,1	7,1	10,7	0,29	89,3	3,6	7,1	0,18	0,184
B3	0,0	7,1	92,9	1,93	0,0	7,1	92,9	1,93	1,00	3,6	32,1	64,3	1,66	0,0	39,3	60,7	1,61	1,00
B4	7,1	25	67,9	1,61	3,6	21,4	75	1,71	0,083	7,1	50	42,9	1,36	0,0	64,3	35,7	1,36	1,00
B5	0,0	39,3	60,7	1,61	0,0	21,4	78,6	1,79	0,057	42,9	42,9	14,3	0,71	32,1	32,1	35,7	1,04	0,017*
B6	0,0	42,9	57,1	1,57	3,6	25	71,4	1,68	0,26	46,4	42,9	10,7	0,64	39,3	57,1	3,6	0,64	1,00
B7	100	0,0	0,0	0,0	0,0	10,7	89,3	1,89	0,00**	100	0,0	0,0	0,0	3,6	21,4	75	1,71	0,00**
B8	0,0	3,6	96,4	1,96	0,0	3,6	96,4	1,96	-	10,7	21,4	67,9	1,57	3,6	25	71,4	1,68	0,375
B9	0,0	25	75	1,75	3,6	10,7	85,7	1,82	0,326	0,0	32,1	67,9	1,68	0,0	39,3	60,7	1,61	0,573
B10	75	25	0,0	0,25	78,6	21,4	0,0	0,21	0,326	75	21,4	3,6	0,29	71,4	25	3,6	0,32	0,713

Legenda: As células destacadas a cinzento referem-se às respostas com maior frequência. Nas colunas de *P-value* são destacados os valores que representam diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância igual ou inferior a *0.05 e **0.01.

Na tabela 4, que menciona os meios de comunicação usados pelo profissional para compreender a pessoa com dificuldades comunicativas, verifica-se que, na fase pré do grupo experimental, eram utilizadas com maior frequência ‘perguntas de resposta sim/não’ (B1), ‘verificação’ (B2), ‘esperar/dar tempo’ (B3), ‘dar opção de resposta’ (B4), ‘interpretar’ (B5), ‘adivinhar’ (B6), ‘estar com atenção’ (B8) e ‘acalmar a pessoa’ (B9). Constata-se que uma elevada percentagem referiu nunca usar as estratégias ‘conhecer as rotinas’ (B7) e ‘pedir ajuda a um familiar’ (B10). Na fase pós verifica-se um aumento da frequência de todas as estratégias utilizadas inicialmente, com exceção das estratégias ‘perguntas de resposta sim/não’ (B1), ‘esperar/dar tempo’ (B3) e ‘estar com atenção’ (B8) que mantiveram os valores iniciais. A estratégia ‘conhecer as rotinas da pessoa’ (B7) teve um aumento, sendo que a estratégia de ‘pedir ajuda a um familiar’ (B10) continuou a ser pouco referida.

Assim, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, entre os momentos de recolha, por parte dos PS no uso da estratégia ‘verificação’ (B2) e ‘conhecer as rotinas do residente’ (B7) para compreenderem as PDC.

Quanto ao grupo de controlo, na fase pré, as estratégias mais utilizadas pelos profissionais foram ‘perguntas de resposta sim/não’ (B1), ‘esperar/dar tempo’ (B3), ‘estar com atenção’ (B8) e ‘acalmar a pessoa’ (B9). Verificou-se uma baixa percentagem de uso das estratégias ‘verificação’ (B2), ‘conhecer as rotinas’ (B7) e

‘pedir ajuda a um familiar’ (B10). Na fase pós, as estratégias mais frequentemente utilizadas como ‘estar com atenção’ (B8) aumentou ligeiramente, no entanto as estratégias ‘esperar/dar tempo’ (B3), e ‘acalmar a pessoa’ (B9) diminuíram ligeiramente. Ainda se constatou um ligeiro aumento do uso da estratégia ‘perguntas de resposta sim/não’ (B1) e um aumento estatisticamente significativo das estratégias ‘interpretar’ (B5) e ‘conhecer as rotinas’ (B7). Diminuiu o uso da estratégia ‘verificação’ (B2).

Tabela 5: Resultados do MECQ-LTCvp relativos aos meios usados pelos Profissionais de Saúde para transmitir uma mensagem à Pessoa com Dificuldades Comunicativas

Questões	Grupo experimental										Grupo de controlo									
	Pré					Pós					Pós					Pré				
	Nunca	Alg. vezes	Freq.	Média		Nunca	Alg. vezes	Freq.	Média	P-value	Nunca	Alg. vezes	Freq.	Média		Nunca	Alg. vezes	Freq.	Média	P-value
C1	0,0	3,6	96,4	2,0		0,0	0,0	100	2,0	0,33	0,0	10,7	89,3	1,9		0,0	0,0	100	2,0	0,08
C2	0,0	10,7	89,3	1,9		0,0	3,6	96,4	2,0	0,33	10,7	21,4	67,9	1,6		7,1	14,3	78,6	1,7	0,04*
C3	0,0	25,0	75,0	1,8		0,0	3,6	96,4	2,0	0,03*	14,3	35,7	50	1,4		7,1	35,7	57,1	1,5	0,21
C4	50	42,9	7,1	0,6		25	50,0	25	1,0	0,00**	10,7	64,3	25	1,1		0,0	75	25	1,3	0,26
C5	0,0	39,3	60,7	1,6		0,0	21,4	78,6	1,8	0,10	39,3	42,9	17,9	0,2		28,6	39,3	32,1	1,0	0,03*
C6	3,6	21,4	75,0	1,7		0,0	10,7	89,3	1,9	0,13	0,0	39,3	60,7	1,6		0,0	32,1	67,9	1,7	0,42
C7	3,6	57,1	39,3	1,4		0,0	39,3	60,7	1,6	0,02*	39,3	60,7	0,0	0,6		32,1	67,9	0,0	0,7	0,42
C8	67,9	32,1	0,0	0,3		50	21,4	28,6	0,8	0,01**	100	0,0	0,0	0,0		82,1	17,9	0,0	0,2	0,00**
C9	96,4	3,6	0,0	0,0		96,4	3,6	0,0	0,0	-	100	0,0	0,0	0,0		100	0,0	0,0	0,0	-
C10	21,4	35,7	42,9	1,2		7,1	39,3	53,6	1,5	0,09*	7,1	46,4	46,4	1,4		0,0	46,4	53,6	1,5	0,26
C11	42,9	46,4	10,7	0,7		35,7	60,7	3,6	0,7	0,00**	60,7	35,7	3,6	0,4		67,9	25,0	7,1	0,4	0,75
C12	82,1	17,9	0,0	0,2		82,1	17,9	0,0	0,2	-	89,3	10,7	0,0	0,1		75	25,0	0,0	0,3	0,10
C13	0,0	14,3	85,7	1,9		0,0	7,1	92,9	1,9	0,16	0,0	28,6	71,4	1,7		0,0	14,3	85,7	1,9	0,04*
C14	14,3	32,1	53,6	1,4		14,3	17,9	67,9	1,5	0,04*	17,9	46,4	35,7	1,2		7,1	21,4	71,4	1,6	0,00**

Legenda: As células destacadas a cinzento referem-se às respostas com maior frequência. Nas colunas de P-value são destacados os valores que representam diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância igual ou inferior a *0.05 e **0.01.

Na tabela 5 relativa aos meios de comunicação usados pelo profissional para transmitirem a mensagem à pessoa com dificuldades comunicativas constata-se que, na fase pré do grupo experimental, durante a díade comunicativa os profissionais recorriam com maior frequência à ‘fala’ (C1), ‘simplificação de frases’ (C2), ‘confirmar se a pessoa compreendeu’ (C3), ‘reformular’ (C5), ‘repetir’ (C6), ‘falar devagar’ (C13) e ‘falar alto’ (C14). Constata-se que referiram quase nunca usar as estratégias ‘pedir à pessoa que leia nos lábios’ (C8), ‘usar escrita e desenho’ (C9) e ‘pedir ajuda a um familiar’ (C12). Na fase pós verifica-se um aumento de todas as estratégias utilizadas inicialmente, recorrendo também às estratégias ‘demonstrar’ (C7) e ‘chamar a atenção

da pessoa' (C10). Apesar do uso de 'gestos' (C4) e da estratégia de 'pedir à pessoa que leia nos lábios' (C8) não serem das mais frequentemente utilizadas, verificou-se um aumento significativo do uso das mesmas.

Assim, após a implementação do Programa verifica-se que os profissionais aumentaram o uso das estratégias 'confirmar se a pessoa compreendeu o que ele disse' (C3), 'gestos' (C4), 'demonstrar' (C7), 'pedir para ler nos seus lábios' (C8), 'chamar a atenção da pessoa' (C10), 'pedir para repetir o que compreendeu' (C11) e 'falar alto' (C14) para conseguir transmitir a mensagem à pessoa com dificuldades comunicativas uma vez que se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

No que concerne ao grupo de controlo, na fase pré, às estratégias mais utilizadas pelos profissionais para transmitirem a mensagem à pessoa com dificuldades comunicativas foram a 'fala' (C1), 'simplificação de frases' (C2), 'repetição' (C6) e 'falar devagar' (C13). Verificou-se uma baixa percentagem de uso das estratégias 'pedir à pessoa que leia nos lábios' (C8), 'usar escrita e desenho' (C9), 'pedir à pessoa que repita o que compreendeu' (C11) e 'pedir ajuda a um familiar' (C12). Na fase pós, as estratégias mais frequentemente utilizadas foram as mesmas referidas na fase pré, verificando-se também um aumento significativo do uso da estratégia 'falar alto' (C14). Apesar da estratégia 'reformular' (C5) não ser muito frequentemente utilizada existiu um aumento significativo no seu uso. As estratégias menos utilizadas mantiveram-se em relação à fase pré, no entanto a estratégia de 'pedir à pessoa para ler nos seus lábios' (C8) que nunca tinha sido referida, na fase pós foi mencionada algumas vezes.

Assim, constata-se que na fase pós existiu um aumento estatisticamente significativo relativamente ao uso das estratégias 'simplificar as frases' (C2), 'reformular' (C5), 'pede à pessoa que leia nos seus lábios' (C8), 'falar devagar' (C13) e 'falar alto' (C14).

5.3. Atos de comunicação específicos e genéricos

Seguidamente serão apresentados os dados relativamente à segunda parte do questionário MECQ_LTCvp que avalia a comunicação durante a prestação dos cuidados de saúde.

Tabela 6: Resultados do MECQ-LTCvp relativos à comunicação aquando dos cuidados pessoais

Questões	Grupo experimental											Grupo de controlo										
	Pré					Pós					P-value	Pós					Pré					P-value
	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média		Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	
D1	42,9	0,0	7,1	50,0	1,6	32,1	17,9	3,6	46,4	1,6	1,00	32,1	10,7	14,3	42,9	1,7	32,1	14,3	14,3	39,3	1,6	0,65
D2	50,0	10,7	14,3	25,0	1,1	32,1	32,1	3,6	32,1	1,4	0,36	25,0	25,0	28,6	21,4	1,5	35,7	21,4	17,9	25,0	1,8	0,57
D3	35,7	25,0	10,7	28,6	1,3	35,7	25,0	3,6	35,7	1,4	0,69	25,0	32,1	28,6	14,3	1,3	35,7	25,0	25,0	14,3	1,2	0,52
D4	25,0	7,1	7,1	60,7	2,0	21,4	14,3	7,1	57,1	2,0	0,71	21,4	25,0	10,7	42,9	1,8	21,4	17,9	7,1	53,6	1,9	0,38
D5	25,0	10,6	10,7	60,7	2,1	17,9	17,9	3,6	60,7	2,1	1,00	21,4	25,0	10,7	42,9	1,8	25,0	25,0	3,6	46,4	1,7	0,86
D6	21,4	17,9	21,4	39,3	1,8	25,0	32,1	28,6	14,3	1,3	0,06	17,9	21,4	46,4	14,3	1,6	32,1	42,9	14,3	10,7	1,0	0,00**
D7	42,9	10,7	21,4	25,0	1,3	50,0	21,4	7,1	21,4	1,0	-	28,6	32,1	21,4	17,9	1,3	28,6	32,1	14,3	25,0	1,4	-
D8	42,9	10,7	25,0	21,4	1,3	53,6	17,9	10,7	17,9	0,9	0,26	28,6	35,7	17,9	17,9	1,3	21,6	39,3	14,3	17,9	1,2	0,60

Legenda: As células destacadas a cinzento referem-se às respostas com maior variação de frequência. Nas colunas de *P-value* são destacados os valores que representam diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância igual ou inferior a *0.05 e **0.01.

Na tabela 6 relativa aos cuidados pessoais, verifica-se que na fase pré do grupo experimental existia uma percentagem elevada de atividades efetuadas com ‘muito esforço’ por parte do profissional para compreender a pessoa com dificuldades comunicativas e em que a pessoa tinha dificuldade em se expressar. Estes valores diminuíram na segunda pós. Dessas atividades uma pequena percentagem de profissionais referiu prestar os cuidados ‘sem esforço’, mas numa fase posterior essa percentagem aumentou. Quanto ao grupo de controlo também se verificaram alterações entre os momentos, no entanto com valores inferiores quando comparados com o grupo experimental.

Na tabela 7, relativa à nutrição, também se verifica uma evolução geral da fase pré para pós, em que os valores de ‘muito esforço’ diminuíram ligeiramente. Na questão expressa recusa em comer (E4) foi notória uma mudança estatisticamente significativa em que os valores aumentaram de 30 para 60 %. No grupo de controlo também se verificaram algumas alterações quando comparados os momentos pré e pós, verificando-se um ligeiro aumento dos valores ‘sem esforço’.

Tabela 7: Resultados do MECQ-LTCvp relativos à comunicação aquando da nutrição

Questões	Grupo experimental											Grupo de controlo										
	Pré					Pós					P-value	Pré					Pós					P-value
	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média		Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	
E1	32,1	14,3	7,1	46,4	1,6	35,7	17,9	7,1	39,0	1,3	0,10	32,1	25,0	14,3	28,6	1,4	39,3	14,3	14,3	32,1	1,9	1,00
E2	10,7	10,7	7,1	71,4	2,4	14,3	10,7	7,1	67,8	2,2	0,08	14,3	3,6	17,9	64,3	2,3	25,0	3,6	14,3	57,1	2,0	0,07
E3	10,7	0,0	10,7	78,5	2,5	10,7	0,0	7,1	81,9	2,6	0,33	14,3	0,0	0,0	85,7	2,6	14,3	7,1	3,6	75,0	2,4	0,47
E4	32,1	25,0	0,0	42,8	1,4	60,7	10,7	0,0	28,5	0,7	0,02*	39,3	17,9	10,7	32,1	1,4	46,4	7,1	14,3	32,1	1,3	0,83
E5	17,9	14,3	10,7	57,1	2,0	14,3	21,4	7,1	57,1	2,0	1,00	14,3	14,3	14,3	57,1	2,1	25,0	7,1	3,6	64,3	2,1	0,63
E6	10,7	17,9	7,1	64,2	2,2	17,9	10,7	3,6	68,1	2,1	0,81	17,9	10,7	25,0	46,4	2,0	42,9	17,9	10,7	28,6	1,3	0,00**
E7	10,7	10,7	14,3	64,2	2,3	14,3	7,1	7,1	70,4	2,3	0,71	17,9	17,9	28,6	35,7	1,8	42,9	7,1	21,4	28,6	1,4	0,07

Legenda: As células destacadas a cinzento referem-se às respostas com maior variação de frequência. Nas colunas de *P-value* são destacados os valores que representam diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância igual ou inferior a *0.05 e **0.01.

Tabela 8: Resultados do MECQ-LTCvp relativos à comunicação aquando dos cuidados de saúde.

Questões	Grupo experimental											Grupo de controlo										
	Pré					Pós					P-value	Pré					Pós					P-value
	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média		Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	
F1	39,3	7,1	14,3	39,3	1,5	42,9	10,7	3,6	42,9	1,5	0,76	25,0	17,9	14,7	46,4	1,8	21,4	32,1	7,1	39,3	1,6	0,40
F2	42,9	35,7	0,0	21,4	1,0	64,3	35,7	0,0	0,0	0,4	0,00**	53,6	25,0	21,4	0,0	0,7	53,6	17,9	28,6	0,0	0,8	0,69
F3	35,7	35,7	7,1	21,4	1,1	35,7	42,9	10,7	10,7	1,0	0,31	42,9	35,7	21,4	0,0	0,8	53,6	25,0	17,9	3,6	0,7	0,69
F4	50,0	17,9	21,4	10,7	0,9	46,4	21,4	14,3	17,9	1,0	0,56	32,1	32,1	35,7	0,0	1,0	35,7	32,1	25,0	7,1	1,0	1,00
F5	32,1	10,7	7,1	50,0	1,8	35,7	10,7	17,9	35,7	1,5	0,06	25,0	21,4	42,9	10,7	1,4	25,0	32,1	32,1	10,7	1,3	0,48
F6	17,9	14,3	7,1	60,7	2,1	7,1	10,7	10,7	71,4	2,5	0,08	14,3	25,0	35,7	25,0	1,7	21,4	28,6	21,4	28,6	1,6	0,53
F7	3,6	3,6	10,7	80,1	2,7	0,0	10,7	10,7	82,1	2,7	1,00	7,1	7,1	28,6	57,1	2,4	14,3	14,3	0,0	71,4	2,3	0,78
F8	0,0	0,0	3,6	96,4	3,0	0,0	0,0	3,6	96,4	3,0	-	0,0	0,0	0,0	100	3,0	3,6	0,0	7,1	89,3	2,8	0,13
F9	14,3	0,0	17,9	67,9	2,4	14,3	10,7	21,4	53,6	2,1	0,38	17,9	25,0	7,1	50,0	1,9	14,3	21,4	10,7	53,6	2,0	0,42
F10	14,3	17,9	21,4	46,4	2,0	17,9	21,4	32,1	29,6	1,7	0,23	21,4	17,9	17,9	42,9	1,8	25,0	28,6	17,9	28,6	1,5	0,12
F11	17,9	10,7	17,9	53,6	2,1	25,0	10,7	28,6	35,7	1,8	0,15	21,4	21,4	10,7	46,4	1,8	21,4	28,6	3,6	46,4	1,8	0,70

Legenda: As células destacadas a cinzento referem-se às respostas com maior variação de frequência. Nas colunas de *P-value* são destacados os valores que representam diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância igual ou inferior a *0.05 e **0.01.

Nas atividades relativas aos cuidados de saúde (tabela 8) verifica-se, da fase pré para a fase pós do grupo experimental, uma ligeira diminuição dos valores de ‘muito esforço’ quando a pessoa com dificuldades comunicativas expressa necessidades relacionadas com ajudas técnicas (F1). Houve um aumento dos valores ‘sem esforço’ para expressar a sua dor (F2). Nas questões, compreende questões relacionadas com o

seu estado de saúde (F10) e compreende a justificação de um tratamento (F11), também existiu uma diminuição dos valores ‘não faz’ para faz com ‘muito esforço’ e um aumento dos valores faz ‘sem esforço’, verificando-se uma melhoria na comunicação entre os profissionais e a pessoa com dificuldades comunicativas. No grupo de controlo as alterações mais evidentes foram apenas ao nível das questões relacionadas com o expressar a ansiedade e *stress* relacionados com os tratamentos (F6) e expressa a sua opinião acerca do tratamento (F7), constatando-se que na segunda fase existiu um aumento da percentagem das respostas ‘sem esforço’.

Tabela 9: Resultados do MECQ-LTCvp relativos à comunicação aquando da mobilidade e orientação

Questões	Grupo experimental										Grupo de controlo											
	Pré					Pós					P-value	Pré					Pós					P-value
	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média		Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	
G1	14,3	7,1	10,7	67,9	2,3	21,4	7,1	10,7	60,7	2,1	0,25	3,6	21,4	28,6	46,4	2,2	7,1	14,3	14,3	64,3	2,4	0,52
G2	32,1	17,9	10,7	39,3	1,6	35,7	17,9	14,3	32,1	1,4	0,33	10,7	17,9	39,3	32,1	1,9	28,6	25,0	14,3	32,1	1,5	0,02*
G3	28,6	17,9	7,1	46,4	1,7	25,0	28,6	3,6	42,9	1,6	0,65	25,0	21,4	28,6	25,0	1,5	28,6	35,7	14,3	21,4	1,3	0,35
G4	42,9	21,4	7,1	28,6	1,2	46,4	21,4	7,1	25,0	1,1	0,73	25,0	32,1	25,0	17,9	1,4	32,1	32,1	17,9	17,9	1,2	0,48

Legenda: Nas colunas de *P-value* são destacados os valores que representam diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância igual ou inferior a *0.05 e **0.01.

A tabela 9, que refere situações relacionadas com mobilidade e orientação, demonstra alterações pouco significativas quer no grupo experimental quer no grupo de controlo.

Tabela 10: Resultados do MECQ-LTCvp relativos à comunicação aquando das atividades recreativas

Questões	Grupo experimental										Grupo de controlo											
	Pré					Pós					P-value	Pré					Pós					P-value
	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média		Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	
H1	42,9	17,9	3,6	35,7	1,32	35,7	14,3	3,6	46,4	1,61	0,20	42,9	17,9	17,9	21,4	1,2	35,7	32,1	14,3	17,9	1,1	0,84
H2	10,7	7,1	14,3	67,9	2,39	3,6	25	14,3	57,1	2,25	0,26	28,3	7,1	25,0	38,3	1,8	28,6	21,4	14,3	35,7	1,6	0,13
H3	32,1	17,9	14,3	35,7	1,54	28,6	17,9	7,1	46,4	1,71	0,26	29,6	17,9	25,0	18,6	1,5	32,1	21,4	17,9	29,6	1,4	0,54

Legenda: As células destacadas a cinzento referem-se às respostas com maior variação de frequência.

Na tabela 10, que refere situações relacionadas com atividades recreativas, verifica-se uma ligeira diminuição do esforço de uma maneira geral em ambos os grupos quando comparados entre o momento pré e pós.

Tabela 11: Resultados do MECQ-LTCvp relativos à comunicação aquando dos atos de comunicação genérica

Questões	Grupo experimental											Grupo de controlo										
	Pré					Pós					P-value	Pré					Pós					P-value
	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média		Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	Sem esf.	Alg esf.	Mt esforço	Não faz	Média	
I1	50,0	10,6	21,4	17,9	1,1	64,3	21,4	10,7	3,6	0,5	0,01*	42,9	32,1	21,4	3,6	0,9	50,0	10,7	25,0	14,3	1,0	0,43
I2	17,9	21,4	28,6	32,1	1,8	17,9	14,3	28,6	39,3	1,9	0,44	10,7	21,4	39,3	28,6	1,9	25,0	25,0	25,0	25,0	1,5	0,14
I3	28,6	21,4	7,1	42,9	1,6	21,4	14,3	17,9	46,4	1,9	0,39	28,6	28,6	25,0	17,9	1,3	39,3	10,7	32,1	17,9	1,3	0,81
I4	17,9	10,7	14,3	57,1	2,1	10,7	3,6	10,7	75,0	2,5	0,02*	3,6	10,7	35,7	50,0	2,3	17,9	3,6	17,9	60,7	2,2	0,59
I5	17,9	7,1	14,3	60,7	2,2	21,4	17,9	3,6	57,1	2,0	0,14	28,6	25,0	17,9	28,6	1,5	32,1	25,0	7,1	35,7	1,5	1,00
I6	21,4	17,9	3,6	57,1	2,0	25,0	7,1	10,7	57,1	2,0	0,71	28,6	14,3	21,4	35,7	1,6	21,4	17,9	7,1	53,6	2,0	0,07
I7	14,3	7,1	7,1	71,4	2,4	14,3	14,3	14,3	57,1	2,1	0,16	10,7	21,4	25,0	42,9	2,0	10,7	21,4	17,9	50,0	2,1	0,65
I8	60,7	17,9	10,7	10,7	0,7	64,3	29,6	7,1	0,0	0,4	0,07	53,6	21,4	17,9	7,1	0,8	39,3	35,7	17,9	7,1	0,9	0,42
I9	28,6	25,0	21,4	25,0	1,4	28,6	50,0	10,7	10,7	1,0	0,07	35,7	28,6	28,6	7,1	1,1	32,1	39,3	21,4	7,1	1,0	0,84
I10	0,0	35,7	10,7	53,6	2,2	3,6	32,1	21,4	42,9	2,0	0,48	14,3	21,4	39,3	25,0	1,8	10,7	25,0	28,6	35,7	1,9	0,38

Legenda: As células destacadas a cinzento referem-se às respostas com maior variação de frequência. Nas colunas de P-value são destacados os valores que representam diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância igual ou inferior a *0.05 e **0.01.

No que concerne à tabela 11, referente aos atos de comunicação genérica, no grupo experimental, verifica-se que da fase pré para a fase pós, no geral todos os valores relativos à escala ‘não faz’ diminuíram, bem como os valores de ‘muito esforço’. De referir ainda que nas questões relativas ao expressar sentimentos de tristeza, ansiedade e gostos (I1) e explicar porque não concorda (I4) existiram alterações estatisticamente significativas, sendo que existiu um aumento dos valores ‘sem esforço’ na primeira questão e um aumento dos valores ‘não faz’. No grupo de controlo também foram evidentes algumas alterações, no entanto não foram tão relevantes como no grupo experimental.

Em suma, na prestação dos cuidados de saúde, após a implementação do Programa, verificou-se diferença em situações relacionadas com a nutrição, mais concretamente em recusar comer (E4), uma vez que na fase pré apenas 30% dos

profissionais referiram compreender ‘sem esforço’ a mensagem e numa fase pós essa percentagem ‘sem esforço’ aumentou para 60%, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa. O mesmo foi verificado relativamente aos cuidados de saúde, no item expressa a sua dor (F2) existindo um aumento significativo dos valores ‘sem esforço’, em que mais frequentemente os profissionais necessitam de ‘menos esforço’ para compreenderem a pessoa com dificuldades comunicativas. Ainda se verificaram alterações significativas na comunicação em geral entre as PDC e os profissionais, nomeadamente quando a pessoa expressa sentimentos de tristeza, ansiedade e gostos (I1) e explica porque não concorda (I4).

5.4. Comparação entre grupos na fase pré e pós experimental

Tabela 12: Comparação entre grupo experimental e controlo na fase pré e pós intervenção

Questões	Gr. experimental VS Gr. de controle		Questões	Gr. experimental VS Gr. de controle	
	Pré	Pós		Pré	Pós
	P-value	P-value		P-value	P-value
A1	0,077	0,037*	C1	0,308	-
A2	0,112	0,049*	C2	0,029*	0,040*
A3	0,856	0,521	C3	0,018*	0,001**
A4	0,844	0,301	C4	0,001**	0,123
A5	0,227	0,526	C5	0,000**	0,000**
A6	0,325	0,080	C6	0,441	0,052
A7	0,180	0,458	C7	0,000**	0,000**
A8	0,326	0,735	C8	0,001**	0,001**
A9	0,860	0,308	C9	0,322	0,322
A10	0,115	0,000**	C10	0,352	0,645
A11	0,249	0,580	C11	0,139	0,675
A12	0,820	0,210	C12	0,454	0,524
A13	0,188	0,089	C13	0,199	0,397
A14	0,018*	0,233	C14	0,277	0,561
B1	0,004**	0,019*			
B2	0,000**	0,000**			
B3	0,009**	0,004**			
B4	0,140	0,012*			
B5	0,000**	0,000**			
B6	0,000**	0,000**			
B7	-	0,134			
B8	0,005*	0,012*			
B9	0,562	0,105			
B10	0,786	0,414			

Legenda: As células destacadas indicam os valores que representam diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância igual ou inferior a *0.05 e **0.01.

Quando se comparam os resultados entre o grupo experimental e o grupo de controlo da fase pré intervenção constata-se que apenas se verificam alterações estatisticamente significativas nas estratégias: ‘usa o seu livro de comunicação’ (A14), ‘perguntas de resposta sim/não’ (B1), ‘esperar/dar tempo’ (B3), ‘simplificar as frases’ (C2), ‘confirmar se compreendeu o que disse’ (C3), ‘gestos’ (C4) e ‘pede à pessoa que leia nos seus lábios’ (C8). Na prestação dos cuidados de saúde verificaram-se alterações quando a pessoa expressa preferência por alguma atividade (H2) e expressa preferência em geral (I5).

Ao comparar o grupo experimental com o de controlo na fase pós constata-se que, na perceção dos profissionais, existem alterações estatisticamente significativas nomeadamente no uso das estratégias por parte das PDC tais como: ‘sim e não indicado com movimento de cabeça’ (A1), ‘expressões faciais’ (A2) e ‘uso de um código que é necessário interpretar’ (A10). Na fase pós, entre o grupo experimental e o de controlo, também se verifica que os profissionais para compreenderem as PDC têm a perceção de ter alterado significativamente o uso das estratégias ‘perguntas de resposta sim/não’ (B1), ‘verificação’ (B2), ‘esperar e dar tempo’ (B3) e ‘estar com atenção’ (B8). Para os profissionais transmitirem a mensagem foi evidente uma diferença no uso das estratégias ‘simplificar as frases’ (C2), ‘confirmar se compreendeu o que disse’ (C3) e ‘pedir à pessoa que leia nos lábios’ (C8).

Quanto à comunicação aquando da prestação dos cuidados de saúde, existiram diferenças em atividades relacionadas com a nutrição, cuidados de saúde e atividades recreativas e atos de comunicação genérica, mais concretamente, compreende o menu (E6), compreende informações relacionadas com a nutrição (E7), expressa a sua ansiedade e *stress* relacionados com o tratamento (F6) expressa preferência por alguma atividade (H2) e compreensão de instruções simples (I8).

Em suma, relativamente às estratégias utilizadas pela pessoa com dificuldades comunicativas na díade comunicativa com os profissionais do grupo experimental, é possível verificar um aumento significativo da frequência do uso e número de estratégias na segunda fase. Quanto à díade com os profissionais do grupo de controlo constatou-se que a frequência de uso de estratégias se manteve.

No que concerne às adaptações por parte dos profissionais para terem sucesso na compreensão das PDC e na transmissão da mensagem, constata-se que os profissionais

do grupo experimental aumentaram significativamente o número e a frequência do uso de estratégias comparativamente com o grupo de controlo. Este, apesar de aumentar a frequência de estratégias da primeira para a segunda fase, comparando com o grupo experimental, recorre com menos frequência às mesmas.

Também foi possível verificar que além do aumento do uso de estratégias para potenciar a compreensão das PDC, foi notório um aumento significativo do número e da frequência do uso de estratégias para os profissionais conseguirem transmitir a mensagem.

Todos referiram recorrer à fala como forma de comunicação e foi evidente a falta de recurso a formas de comunicação aumentativa e alternativa como a escrita, o desenho ou apontar letras/palavras escritas/imagens.

5.5. Avaliação da ação

No que concerne aos resultados obtidos através da avaliação da ação, quando questionados sobre o grau de utilidade do Programa de Comunicação, os profissionais (n=7) atribuem, para uma escala de 1 a 5, valores entre 3 (útil) e 4 (bastante útil). Importa referir que todos os assistentes operacionais e um enfermeiro atribuíram valores para útil (n=4), sendo que os restantes enfermeiros e a fisioterapeuta (n=3) consideraram bastante útil.

Através das respostas dos profissionais à questão acerca dos efeitos práticos do Programa de Comunicação, verifica-se que a totalidade destes referiu que ambos tiveram efeitos práticos. Desta questão, por via de análise de conteúdo, foram criadas duas categorias: “Conhecimento Explícito do Processo Comunicativo” e “Díades Comunicativas”. No que concerne ao Conhecimento Explícito do Processo Comunicativo, mais relacionado com a Formação, constatou-se a aprendizagem/aquisição de estratégias (n=2), aumento da consciência sobre o processo comunicativo (n=2) e.g. “comecei a aprofundar mais as coisas” (PS7), uma maior sensibilização para as necessidades da pessoa (n=1) e.g. “consigo satisfazer as necessidades humanas adequadas a cada utente” (PS4), melhor adaptação das estratégias de comunicação a cada pessoa (n=2) e.g. “agora sei a melhor estratégia para cada utente” (PS2), ensinar o *Know-how* (14%), bem como estar alerta para outras formas de comunicação (n=1) e.g. “comecei a usar gestos” (PS6).

Quanto à Díade Comunicativa, mais diretamente relacionada com o Plano de Comunicação, constata-se que permitiu potenciar a compreensão (n=4) e.g. “consigo mais facilmente transmitir-lhe a informação” (PS4); “comecei a compreender melhor as necessidades de cada um” (PS7), e a expressão da pessoa (n=2) e.g. “consigo mais facilmente entender o que o utente me quer transmitir” (PS5), e facilitar a comunicação (n=2). Foi também referido ser útil para a díade comunicativa, funcionando como auxiliar de memória aquando da utilização das estratégias mais funcionais (n=1) e.g. “ajuda a lembrar algumas estratégias durante a comunicação” (PS2) e na utilização do Plano de Comunicação (n=1) e.g. “sem a formação seria mais complicada a utilização do Plano de comunicação” (PS6). A experiência pessoal e/ou a atitude face à comunicação (n=1) pode influenciar a *performance* aquando do processo comunicativo.

Relativamente à categoria dos Aspetos Positivos, foram classificados como objetivos (n=1), de fácil aprendizagem (n=1), úteis (n=1), com foco em informações importantes e oportunas (n=1), remetendo para os conteúdos da Formação. Foi ainda referido que a Formação era organizada (n=1), com exemplificação das estratégias (n=1) e dando a possibilidade a esclarecimentos (n=1). Também nesta categoria, mas remetendo mais para o Plano de Comunicação, os profissionais referem que este serve como forma de sistematização (n=1) e organização dos conceitos (estratégias) (n=1), que é prático (n=1), simples (n=1) e de fácil compreensão (n=1). Mencionam que é um instrumento que pode estar sempre presente (n=1), ajudando a recordar as estratégias.

Na categoria dos Aspetos Negativos foram referidos o facto de ser apenas uma Formação e num só momento (n=1) e de nem sempre ser possível utilizar o Plano de Comunicação (n=1). Foi ainda referida a falta de experiência na área (n=1), como um Aspeto Negativo “...não possibilitando uma visão mais aprofundada da informação”, e o facto de não se saber a frequência do uso das estratégias (n=1).

Relativamente à categoria das Sugestões foram referidos mais momentos de Formação para consolidar conceitos (n=2), trabalhar mais casos práticos e introduzir visualização e discussão de vídeos (n=1). Ainda, nas Sugestões, remetendo para o Plano de Comunicação, foi referido que este deveria ser alterado à medida que o estado de cada pessoa evolui (n=1) “...pois o estado dos utentes varia e a adaptação possibilitará novas estratégias e melhores resultados”(PS6).

6. DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados, pretende-se refletir sobre o seu significado fazendo a ligação com a bibliografia, de forma a verificar se o Programa foi ao encontro dos objetivos propostos.

Como tal considera-se pertinente comparar o Programa implementado com alguns dos protocolos referidos ao longo da revisão bibliográfica. Assim, os protocolos COMFORT, ACA e CLASS apresentam características semelhantes ao Programa implementado, uma vez que abordam competências comunicativas que os profissionais devem desenvolver aquando da comunicação com PDC, como demonstrar tempo, disponibilidade, criar empatia, escuta ativa, sensibilidade aquando do uso de determinadas palavras para dar notícias, entre outras. Estas competências foram abordadas no Programa, fazendo parte do conteúdo programático da formação. Para além destas, foram ensinadas de forma explícita, estratégias comunicativas através de exemplificação, *role playing* e estudo de casos. Assim, considera-se que esta vertente educativa e mais direcionada propriamente para o ensino do que para a avaliação bem como, o ensino de estratégias comunicativas são o que distingue o Programa dos protocolos referidos.

No que concerne aos resultados obtido através do MECQ-LTCvp, para verificar os efeitos do Programa, através dos dados apresentados na tabela 3 constata-se que, na perspetiva dos PS, as estratégias mais usadas e as menos referidas pela PDC eram as mesmas, no grupo de controlo e no grupo experimental, tal como seria expectável. No mesmo sentido, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nesta fase para uma estratégia (tabela 12). Esta informação mostra que ambos os grupos de profissionais, mesmo gerando díades diferentes, tiveram perceções semelhantes sobre as estratégias usadas pelas PDC na fase inicial do estudo.

Na fase inicial (pré) constata-se ainda que as estratégias mais utilizadas pelas PDC eram ‘sim e não com o movimento de cabeça’ (A1), ‘expressões faciais’ (A2), ‘fala’ (A3) e ‘sim e não ditos oralmente’ (A5), possivelmente por serem estratégias espontâneas e naturais (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012) e de fácil execução, mesmo para as pessoas que tenham algumas limitações

físicas. A estratégia ‘sim e não dita oralmente’ (A5) apresenta uma maior percentagem de uso em relação a ‘sim e não com o movimento de cabeça’ (A1) pelo facto de a maioria das pessoas terem a possibilidade de recorrer à produção verbal oral (fala).

As estratégias menos utilizadas eram o ‘uso do livro de comunicação’ (A14) e ‘sim ou não apontando palavras ou imagens’ (A13), provavelmente, por não haver fácil acesso a recursos alternativos (como lápis e papel) e não ser uma forma de comunicar natural (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012). Também se verifica que não recorrem com frequência a ‘escrita ou desenho’ (A11). Tal poderá ser justificado pela literacia (nula, reduzida ou afetada pela patologia), por limitações físicas e, no caso concreto do desenho, por poder ser interpretado como pouco adequado ou infantilizado.

No período final (pós), verifica-se um maior número de mudanças no grupo experimental e um menor número no grupo de controlo, podendo inferir-se sobre o potencial resultado do Programa. Assim constata-se um aumento da utilização das estratégias ‘sim/não com a cabeça’ (A1), ‘expressões faciais’ (A2) e ‘movimentos corporais’ (A4) que eram utilizadas algumas vezes e nesta fase foram referidas frequentemente. Também se verificou um aumento na frequência do uso de ‘apontar’ (A8), ‘gestos’ (A9), ‘gesticular’ (A12) e ‘um código para interpretar’ (A10), o que demonstra um aumento do uso de estratégias não verbais e que as PDC estavam mais motivadas para tentar efetivar a comunicação. Tal facto poderá estar relacionado com o processo comunicativo e com o esforço, por parte do profissional (grupo experimental) em potenciar a comunicação, motivando a pessoa a recorrer a estratégias para ser mais funcional (Araújo & Silva, 2012a). Assim, esta capacidade evidenciada pela PDC pode estar relacionada com a maior capacidade e disponibilidade, por parte dos profissionais, em direcionarem as estratégias para as características das PDC, o que contribui para que estes não encarem o processo comunicativo como um fracasso (Araújo & Silva, 2012a). Importa ainda referir que durante os dois meses de implementação do Programa, as PDC tiveram intervenção em terapia da fala, tendo estas estratégias comunicativas sido devidamente trabalhadas. Esta maior disponibilidade, por parte dos profissionais para a comunicação, bem como o treino por parte das PDC com a terapeuta da fala, também podem ter contribuído para que as PDC tenham recorrido a mais formas de comunicação, justificando o aumento do uso de estratégias por parte destas pessoas.

De referir ainda, que os dados obtidos relativos à tabela 3 são decorrentes da observação e percepção dos PS aquando da díade comunicativa com as PDC o que significa que estes PS tiveram sensibilidade para analisar o uso de estratégias não verbais. Este facto evidencia resultados diferentes dos que Brito et al., (2014) verificou uma vez que nesse estudo apenas um profissional referiu uma estratégia não verbal. Esta diferença de resultados poderá estar relacionada com a formação uma vez que as estratégias não verbais foram devidamente referidas e exemplificadas, o que poderá ter aumentado a sensibilidade dos PS para as mesmas.

A estratégia que teve o maior aumento foi a ‘sim e não indicados com a cabeça’ (A1), que poderá estar relacionado com o facto de uma das pessoas (PDC1), pela progressão da patologia, ter perdido de forma permanente a fala e de esta estratégia ser de fácil execução e percepção. A estratégia que teve o menor aumento foi a ‘fala’ (A3), uma vez que é uma forma de comunicar mais usual (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012), pelo que sempre que possível é utilizada, não se verificando grandes alterações.

Relativamente aos resultados da tabela 4 constata-se que na fase pré, no grupo experimental e no grupo de controlo existiam muitas estratégias utilizadas, sendo em maior número e frequência no grupo experimental. Estas diferenças foram também evidentes nos resultados da tabela 12, onde seis em dez das estratégias obtiveram diferenças significativas entre os grupos. Este facto poderá ser justificado pela existência de um PS, no grupo experimental, com formação na área de comunicação (PS4). Esta diferença pode de alguma forma limitar a leitura dos dados, podendo ser considerada uma variável parasita que não foi possível controlar.

As principais estratégias utilizadas pelos profissionais de ambos os grupos foram ‘perguntas de resposta sim e não’ (B1), esperar/dar tempo (B3), ‘estar com atenção’ (B8) e ‘acalmar a pessoas’ (B9), sendo estas estratégias simples e naturais aos cuidados dos enfermeiros e dos assistentes operacionais. Para além destas, no grupo experimental, eram utilizadas frequentemente as estratégias ‘verificação’ (B2), ‘dar opção de resposta’ (B4), ‘interpretar’ (B5), e ‘adivinhar’ (B6), podendo estas diferenças ser mais uma vez justificadas pela sensibilidade do profissional com formação na área. As estratégias menos usadas por ambos os grupos foram: ‘conhecer as rotinas’ (B7), uma vez que as pessoas tinham sido institucionalizadas recentemente; ‘pede ajuda a um

familiar' (B10), provavelmente, porque o familiar não está presente frequentemente e/ou porque este também não tem conhecimento de estratégias que possam ajudar a comunicação. Este facto remete para a necessidade de em futuros estudos se englobar os familiares neste tipo de formação uma vez que, como refere Borthwick (2012), as estratégias comunicativas devem ser ensinadas a todas as pessoas que interagem regularmente com uma PDC (PS, família e amigos). No grupo de controlo verifica-se a não utilização da estratégia 'verificação (B2), o que sugere que a sua aplicação requer formação explícita, tal como aconteceu com o grupo experimental.

Na fase final (pós) do grupo experimental e de controlo verificou-se um aumento da frequência de todas as estratégias utilizadas na fase inicial (pré), sendo que a estratégia 'conhecer as rotinas' (B7) foi a que teve o maior aumento. Esse facto seria expectável pela permanência das pessoas na instituição e consequente criação de rotinas. Apesar de ter aumentado em ambos os grupos, foi mais notório no grupo experimental, podendo ser consequência da advertência/relevância dada na formação.

No grupo experimental o número de estratégias utilizadas frequentemente não foi muito superior, uma vez que estas já eram bastante utilizadas na fase inicial (pré). No entanto verificou-se um aumento na frequência das mesmas. No grupo de controlo não se verificaram alterações, tal como seria expectável, com a exceção da estratégia 'conhecer as rotinas' (B7). As estratégias menos utilizadas ('pedir ajuda ao familiar' B10) mantiveram baixa frequência, provavelmente pela justificação referida anteriormente.

Por outro lado, observando as estratégias que não sofreram alterações, constata-se que no grupo experimental apenas as estratégias 'perguntas de respostas sim e não' (B1) e 'esperar/dar tempo' (B3) mantiveram os valores porque já tinham frequências muito elevadas, sendo que no grupo de controlo várias estratégias mantiveram os seus valores. Esta diferença entre o grupo experimental e o grupo de controlo poderá ser justificada pela implementação do Programa. No entanto, a comparação entre os grupos no momento final (pós) evidencia poucas diferenças estatisticamente significativas, limitando-se à estratégia 'dar opção de resposta' (B4), quando comparado com o momento pré, como demonstrado na tabela 12.

Quando analisadas as estratégias utilizadas pelos profissionais para transmitir uma mensagem, constata-se que, na fase inicial (pré), ambos os grupos utilizavam com

maior frequência as estratégias ‘fala’ (C1), ‘simplificação das frases’ (C2), ‘repetição’ (C6) e ‘falar devagar’ (C13), verificando-se que todas elas são estratégias verbais de fácil aplicação. O grupo experimental também recorria às estratégias ‘confirmar se compreendeu’ (C3), ‘reformular’ (C5) e ‘falar alto’ (C14) (também estas, estratégias verbais).

As estratégias que não eram utilizadas frequentemente, por ambos os grupos, eram ‘pedir à pessoa que leia nos lábios’ (C8), ‘usar a escrita e o desenho’ (C9) e ‘pedir ajuda a um familiar’ (C12), denotando-se que são estratégias menos usuais, que requerem maior tempo disponibilidade e treino (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012). O grupo de controlo, para além destas estratégias também não recorria à estratégia de ‘pedir à pessoa para repetir o que compreendeu’ (C11).

Na fase final (pós), no grupo experimental, constatou-se um aumento da frequência das estratégias ‘demonstrar’ (C7) e ‘chamar a atenção da pessoa’ (C10). Apesar de não serem as estratégias utilizadas mais frequentemente, verificou-se também um aumento significativo do uso de ‘gestos’ (C4) (que antes nunca eram utilizados), ‘pedir para repetir o que compreendeu’ (C11) e ‘pedir para ler nos seus lábios’ (C8). O uso destas estratégias, maioritariamente não verbais que são mais complexas e menos naturais, poderá ser justificado pela implementação do Programa e observação prática dos resultados na díade comunicativa, denotando-se assim maior interesse e disponibilidade por parte dos PS no processo comunicativo (Slort et al., 2011 Brito et al., 2014).

No grupo de controlo não se verificaram grandes alterações, quer no número quer na frequência do uso de estratégias com exceção da estratégia ‘reformular’ (C5) e ‘pedir para ler nos lábios’ (C8), que passaram a ser utilizadas algumas vezes. Apesar das diferenças descritas, na generalidade deste domínio não se verificaram modificações significativas entre os grupos, quando comparados entre a fase pré e pós.

Tal como foi referido, nas tabelas 4 e 5, constata-se uma ligeira alteração dos valores relativos ao grupo de controlo, sendo que não seria expectável que tal sucedesse. Tal poderá estar diretamente relacionado com o facto de os profissionais trabalharem em escalas/turnos com diferentes parceiros o que poderá ter levado a que profissionais com acesso à Formação trabalhassem em conjunto com profissionais sem Formação, podendo existir acesso indireto às estratégias. Esse processo pode ser justificado pela

teoria social cognitiva de Bandura et al. (2008), que refere que as pessoas aprendem umas com as outras através da observação, imitação e modelagem. Este facto poderá justificar algumas evoluções verificadas no grupo de controlo, e consequente ausência de diferenças entre os grupos. Desta forma, o facto de os profissionais do grupo experimental trabalharem em escalas/turnos com profissionais do grupo de controlo poderá ter enviesado os resultados pela possível passagem implícita/indireta de informação. Este acontecimento poderá sugerir que, em futuros estudos, este fator seja de alguma forma controlado para se verificarem as reais alterações/efeitos do Programa.

De uma forma geral, quer por parte das PDC, quer por parte dos PS, verificou-se que a fala e outras estratégias verbais foram as mais mencionadas como forma de comunicação, verificando-se também um aumento do uso de estratégias não verbais. Contudo foi evidente alguma dificuldade de uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa, como por exemplo escrever ou desenhar, uso de livro de comunicação, entre outros. Segundo Beukelman et al. (2008) e Peixoto & Valente (2012) tal é justificado pelo facto de a fala ser a forma mais natural e usual de comunicar, sendo necessário o ensino explícito e a prática para o uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa. É oportuno destacar que estes resultados estão coerentes com a pesquisa realizada por Brito et al. (2014), na qual a maioria dos profissionais referiu estratégias verbais, ressaltando a importância da comunicação verbal com ênfase no diálogo, com a finalidade de esclarecer dúvidas e identificar as necessidades, visando um cuidar humanizado.

Considerando-se que as estratégias de Comunicação Aumentativa e Alternativa foram aquelas onde se verificaram mais dificuldades de implementação, sugere-se que numa próxima implementação do Programa seja dada maior ênfase a essas estratégias. Sugere-se ainda que a nível institucional sejam fornecidos materiais (lápiz/caneta, lousa, papel, quadro de comunicação) e que estes estejam sempre ao alcance dos PS e das PDC. Este facto vai ao encontro do que foi referido por Wittenberg-Lyles et al. (2013), referindo a necessidade de compromisso institucional.

Antes da intervenção, os profissionais recorriam a estratégias válidas para a comunicação, sendo que, após a intervenção, há um aumento da frequência e diversidade das estratégias utilizadas, verificando-se uma maior adaptação às

caraterísticas da pessoa com dificuldades comunicativas (Gordon et al., 2009). Então, tal como sugerido em estudos anteriores, um maior conhecimento por parte dos profissionais e uma maior sensibilidade acerca dos aspetos comunicativos parece permitir que os serviços prestados pelos PS se realizem também, em torno da comunicação e que o tempo de que dispõem seja rentável, pois os processos comunicativos desenvolvem-se com maior facilidade e naturalidade (Dalemans et al., 2009Araújo & Silva, 2012a).

Uma das PDC pertencentes às díades comunicativas apresenta uma doença neurodegenerativa (PDC1), existindo um agravamento da patologia com consequente ausência total de produção verbal oral. Através da tabela A (Apêndice IX) constata-se uma mudança no uso das estratégias durante os dois meses de intervenção. Assim, da fase pré para a pós verificou-se que diminuiu o uso de estratégias verbais: ‘fala’ (A3), ‘Sim e Não ditos oralmente’ (A5) e ‘vocalizações ou variações de entoação’ (A7), sendo que o recurso à ‘escrita/desenho’ (A11) também diminuiu pelas dificuldades de motricidade fina. Como forma de compensar as estratégias verbais a PDC1 recorreu com maior frequência a estratégias não verbais: ‘Sim e Não indicados por movimento de cabeça’ (A1), ‘expressões faciais’ (A2), ‘movimentos corporais’ (A4), ‘apontar’, (A8), ‘gestos’ (A9), ‘um código que é necessário interpretar’ (A10) e ‘gesticular’ (A12). Os profissionais referiram ter mais dificuldades em adequar as estratégias às suas caraterísticas, pois as estratégias mais funcionais inicialmente não eram as mesmas numa fase posterior, pela progressão da patologia (Murphy, 2004, Beukelman et al., 2008, Peixoto & Valente, 2012). Atendendo a este facto e à referência efetuada pelo PS6 sobre a “...pertinência da alteração do Plano de Comunicação à medida que o estado da cada pessoa evolui...”, considera-se que o Plano de Comunicação deverá ser atualizado e adequado às caraterísticas individuais de cada pessoa, consoante vai perdendo ou ganhando competências, para que os profissionais tenham também a capacidade de adaptação aos avanços e retrocessos, de forma a atender às reais necessidades da pessoa (Gordon et al., 2009). Assim, em estudos futuros, sugere-se que o Programa seja adaptado e aplicado separadamente por grupos de patologia para serem posteriormente comparados, bem com efetuar atualizações periódicas ao Plano de Comunicação para que este esteja sempre adequado às necessidades da PDC.

Para além das observações efetuadas, a primeira parte do MECQ-LTCvp mostrou ainda que os profissionais utilizaram várias estratégias em simultâneo a fim de facilitar a interação e otimizar as oportunidades comunicativas, tal como é referido por vários autores (Araújo & Silva, 2012a, Peixoto & Valente, 2012), o que constitui um bom indicador de competência comunicativa.

Tal como referido anteriormente, o MECQ-LTCvp utilizado neste estudo não apresenta um número de estratégias muito abrangente, quando comparado com as estratégias que foram partilhadas na Formação e no Plano de Comunicação. Assim, não foi possível avaliar/verificar o uso efetivo ou não de todas as estratégias e as consequentes mudanças no processo comunicativo. Além disso, considera-se que este instrumento é bastante extenso, o que poderá ter levado a discrepâncias entre as respostas da fase pré e pós. Após a análise detalhada constata-se ainda que o MECQ-LTCvp tem estratégias repetidas nas tabelas B e C, pelo que se sugere que em ações futuras se adapte o instrumento. Este deverá ser mais abrangente, mas simplificado, compilando as estratégias numa só tabela e acrescentando novas estratégias, e ponderando a relação entre extensão e quantidade dos itens.

Na segunda parte do MECQ-LTCvp, importa referir que o facto de no parâmetro ‘Não’ poderem estar inserido dois significados bastantes díspares poderá afetar a perceção das reais evoluções verificadas. Por exemplo, em situações em que numa fase inicial o profissional tinha de fazer algum esforço para compreender a PDC e na segunda fase a PDC já não necessita de ajuda, não é possível verificar a evolução uma vez que os valores se inserem na escala ‘Não faz’. Assim, considera-se que aquando da adaptação do questionário, a escala de classificação deve ser também adaptada de forma a fornecer resultados claros e concretos.

Sendo a comunicação a base para o sucesso de todas as atividades subjacentes ao cuidar humanizado (Brito et al., 2014), este estudo pretendeu estudar a relação entre o uso de estratégias comunicativas e o grau de esforço para a PDC demonstrar as suas necessidades, bem como para o PS as compreender durante a prestação dos serviços. Desta forma, após analisar as estratégias comunicativas utilizadas pelas PDC e pelos profissionais, torna-se importante compreender de que forma a sua utilização fomentou

uma participação mais ativa, por parte das PDC, e uma maior compreensão por parte dos profissionais, aquando da comunicação durante a prestação dos cuidados de saúde.

Assim, durante a prestação dos cuidados de saúde constata-se que, de uma maneira geral, os profissionais têm a perceção de que o esforço diminuiu. Essa diminuição é mais notória na prestação dos cuidados pessoais, na nutrição, nos cuidados de saúde e na comunicação genérica. Nos cuidados pessoais, apesar de não existirem alterações estatisticamente significativas, verificaram-se diminuições de esforço nomeadamente na compreensão de instruções relacionadas com a mudança de postura (D3) por parte da PDC. Durante este ato comunicativo os profissionais tinham de estar focados principalmente no uso de gestos associados a frases simples. Através da comunicação, a pessoa também conseguiu mais facilmente transmitir a informação de recusa de comer (E4) e expressar a sua dor (F2), sendo que esta informação pode ser comunicada através das expressões faciais e gestos. Na comunicação genérica, as alterações estatisticamente significativas foram ao nível da expressão da pessoa com dificuldades comunicativas, nomeadamente em expressar sentimentos (I1) e em expressar porque não concorda (I4). Estas capacidades são fundamentais em Cuidados Paliativos, uma vez que é através destas competências que a pessoa pode expressar as suas angústias, medos, dúvidas e desejos/opiniões (Dalemans et al., 2009, Silva & Araújo, 2009, Van Gurp et al., 2013). Nesse sentido, observa-se que com recurso à comunicação (verbal e não verbal) os PS podem detetar sinais e sintomas e a intervir precocemente, promovendo o alívio da dor e de outros sintomas, indo ao encontro das reais necessidades das PDC, integrando nos seus cuidados aspetos psicossociais e espirituais muito relacionados com o cuidar humanizado.

Apesar de não se verificarem alterações estatisticamente significativas, foi evidente uma diminuição do ‘não faz’ para ‘faz com esforço’ relativo à compreensão de instruções simples e explicações gerais, pelo que se denota um maior interesse e esforço por parte do profissional para que a pessoa seja competente comunicativamente (Dalemans et al., 2009, Peixoto & Valente, 2012).

Após a análise dos dados obtidos através da aplicação do MECQ-LTCvp nos dois momentos, é possível constatar que, num total de 80 itens avaliados, 15 parâmetros são diferentes na fase pré, tendo evoluído para um total de 20 na fase pós.

Genericamente parece ter havido impacto do Programa especialmente nos grupos A, E e F, relativos: - à percepção dos PS sobre os meios de comunicação usados pelas PDC, mais concretamente no uso das estratégias (A1), (A2) e (A10); e - à comunicação aquando da nutrição; e aos cuidados de saúde. Como tal, foi possível verificar uma melhoria ao nível das competências comunicativas quer das PDC quer dos profissionais que se repercutiram na prestação dos cuidados de saúde.

A Formação aos PS parece ter permitido que estes dessem mais oportunidades comunicativas às PDC durante a díade comunicativa, constatando-se que as PDC aumentaram o uso de estratégias para conseguirem efetivas a comunicação. Assim, a percepção do PS sobre as suas competências comunicativas e da PDC aumentou, existindo, consequentemente um maior investimento por parte dos PS na comunicação. Este estudo vem ao encontro do que Araújo & Silva (2012) referem sobre a necessidade de formação dos PS uma vez que estas competências apenas são adquiridas através do respetivo ensino, tendo como principal objetivo melhorar as competências comunicativas dos mesmos (Silva & Araújo, 2009, Peixoto & Valente, 2012) com o intuito de se efetuar um cuidar humanizado (Nunes, 2012), considerando sempre a vontade da pessoa com dificuldades comunicativas.

Para além da comparação entre os resultados do MECQ-LTCvp, pretende-se verificar os resultados da avaliação da ação por parte dos PS pertencentes ao grupo experimental. Procurou-se compreender se a partilha da informação contida no Programa facilita a comunicação aquando da prestação de cuidados, bem como perceber os aspetos positivos e negativos deste e possíveis sugestões, na opinião dos PS.

Relativamente ao grau de utilidade constata-se que pessoas com menor nível de escolarização valorizam o Programa como útil e pessoas com maior nível de formação deram-lhe maior valor (bastante útil). As tendências de resposta parecem apontar que quanto maior o nível de formação, maior a valorização que lhe é atribuída. No entanto, o reduzido número de participantes neste estudo piloto impossibilita qualquer conclusão acerca deste fator.

No que concerne aos efeitos práticos do Programa, constatou-se que, na percepção dos PS, a sua implementação melhora a prestação dos cuidados de saúde (48%). Este facto vai ao encontro do que Gordon et al. (2009) referem sobre a mudança

cultural associada à formação específica sobre como ser um parceiro de comunicação eficaz, verificando-se que melhora a interação/comunicação e a prática clínica. Este conhecimento explícito do processo comunicativo poderá ter levado a uma alteração do conhecimento por parte do profissional sobre as suas próprias competências repercutindo-se no início de um processo reflexivo.

Verifica-se que, tal como Génèreux et al. (2004) referem, todos os profissionais percecionam uma díade comunicativa diferente com a PDC, sendo que esta perceção é corroborada também pelos resultados evidenciados no MECQ-LTCvp. Desta forma, os profissionais parecem sentir um maior conhecimento das suas competências e das características comunicativas de cada PDC e que a sua capacidade de se adaptar às mesmas melhorou. Gordon et al. (2009) refere que quando os profissionais recebem formação sobre as competências comunicativas e as diferentes estratégias relacionadas com PDC, ganham mais confiança sobre as suas competências de conversação.

Pela análise, verifica-se que, tal como Génèreux et al. (2004) referiu, o uso do Plano de Comunicação revelou uma compreensão e expressão da mensagem mais simples para a maioria dos profissionais. Este processo de aprendizagem e consequente processo de mudança comportamental poderá estar relacionado com a relação entre o profissional e a PDC, a motivação e as diferenças individuais (Suzuki Laidlaw et al., 2006).

Foram mencionados vários aspetos positivos relacionados com a implementação do Programa. Contudo pretende-se dar maior ênfase e refletir sobre os aspetos negativos de forma a compreender e melhorar este processo para futuros estudos.

Foi referido o facto de o Plano de Comunicação estar sempre presente, como um aspeto positivo. Assim, ter a informação sempre presente facilita a aquisição da informação, na medida em que, dependendo da motivação dos profissionais, os mesmos podem recorrer ao Plano de Comunicação sempre que sentirem necessidade. Por outro lado, como aspeto negativo, foi referido o facto de nem sempre ser possível utilizá-lo. Este facto poderá levar à inferência sobre o modo como o Plano de Comunicação estava a ser implementado com dependência dos profissionais do mesmo, quando o que se pretende é que o Plano seja um apoio inicial para posteriormente os profissionais serem autónomos na utilização das estratégias mais adequadas a cada pessoa.

Um outro aspeto apontado como negativo foi a falta de experiência. Destacamos este ponto, visto que, ao contrário da visão apresentada, pode considerar-se como um aspeto positivo. Neste sentido, o profissional que não tenha qualquer formação sobre o tema, poderá estar disponível a aprender sem qualquer restrição ou predefinição, o que pode potenciar uma maior aprendizagem. Quando os profissionais têm *à priori* algum conhecimento sobre o tema podem demonstrar pouco interesse, motivação e disponibilidade, podendo levar à restrição da aprendizagem. Também a experiência profissional e/ou a atitude de cada pessoa podem estar relacionados com as apetências para aprender. Estes factos podem remeter para a necessidade de existir uma avaliação no início e no final da Formação de forma a perceber o ponto de partida de cada profissional, e a verificar as reais aquisições.

Foi referido também o facto de não se saber a frequência do uso das estratégias. No entanto tal competência é da responsabilidade de cada profissional uma vez que é durante o processo comunicativo que se verificam as necessidades da frequência das estratégias que variam consoante as necessidades da pessoa. Suzuki Laidlaw et al. (2006) referiram que estas competências requerem que os PS tenham sensibilidade interpessoal, flexibilidade e motivação para a autorreflexão. Algumas características individuais também podem determinar que tenham mais facilidades em comunicar. Assim, estas características individuais podem afetar a perceção que cada profissional tem sobre as suas competências e as aquisições efetuadas através da implementação do Programa e consequente capacidade de as aplicar aquando da prestação dos cuidados de saúde.

Relativamente às sugestões recebidas, importa referir a necessidade de adequar o Plano de Comunicação às necessidades da PDC (já referida anteriormente) e a necessidade manifestada pelos PS no sentido de pretenderem que a Formação fosse contínua de forma a poder consolidar conceitos. Este aspeto vai ao encontro de vários estudos (Araújo & Silva, 2012a) que demonstram que os profissionais sentem necessidade de ter mais informação acerca das particularidades das PDC com os quais comunicam e acerca dos processos terapêuticos em que estão envolvidos, evidenciando consciência das lacunas na área da comunicação e a necessidade de formação (Araújo & Silva, 2012a, Slort et al., 2012).

Este facto leva a uma observação: Se em duas horas de Formação foi possível uma mudança ao nível das competências comunicativas dos PS, que mudanças se poderiam verificar se a Formação fosse lecionada durante mais tempo e de forma contínua? Uma abordagem formativa mais consistente e alargada poderia contribuir para se consolidar conceitos, retirar dúvidas sobre a implementação das estratégias ao longo da prestação de serviços, e alcançar uma modificação mais acentuada nas competências comunicativas dos PS?

Considera-se assim que, de uma forma geral, a informação fornecida durante a Formação e presente no Plano de Comunicação foi ao encontro das lacunas dos profissionais, promovendo uma maior funcionalidade comunicativa e, consequentemente, um maior número de oportunidades de comunicação (Peixoto & Valente, 2012, Goldsmith et al., 2013). Desta forma, tal como vários autores referem (Araújo & Silva, 2012a, Slort et al., 2012), os profissionais beneficiam de formações relacionadas com competências comunicativas, sendo que toda a informação que é partilhada permite aos profissionais um cuidar mais humanizando indo ao encontro das necessidades das PDC.

Tendo-se verificado a utilidade do Programa de Comunicação no contexto em que foi utilizado, é relevante ponderar quais os ganhos em saúde que poderiam ser obtidos com uma implementação, de forma alargada, em contexto de Cuidados Paliativos. Considerando que o terapeuta da fala é o profissional de saúde especializado na área da comunicação (CPLOL, 1997), a implementação deste tipo de Programa deve ser orientada pelo mesmo, salientando-se o facto de esse instrumento englobar a vertente educativa, nomeadamente a formação, que é uma das vertentes práticas da profissão deste profissional (Decreto Lei 524/99). Assim se compreende que, para além do papel desempenhado em áreas de intervenção mais específicas, estando integrado nas instituições com PDC, o terapeuta da fala é um recurso humano que pode apresentar potenciais mais-valias para as instituições de saúde e suas equipas. Sendo tomado como um facilitador e potenciador das competências das PDC e da habilitação/formação dos seus parceiros comunicativos (profissionais e familiares, entre outros), o terapeuta da

fala pode responder às necessidades de comunicação específicas dos vários intervenientes nos cuidados de saúde.

De acordo com alguns estudos (Finke et al., 2008), os PS sentem que a falta de comunicação pode afetar a recuperação da PDC e o tempo que esta permanecerá internada. Assim, uma das potenciais vantagens da implementação de Programas de Comunicação é o ganho nas competências comunicativas dos PS e das PDC, com vista aos primeiros alcançarem uma maior colaboração por parte da PDC durante a prestação dos cuidados e, conseqüente diminuição de tempo para a realização da mesma.

No mesmo sentido, de acordo com o paradigma atual de saúde, procura-se alcançar uma união de esforços entre os PS, de forma a promover a qualidade de vida das PDC. O papel do terapeuta da fala na equipa de saúde, com uma implementação alargada de Programas de Comunicação seria um contributo potencialmente relevante para a humanização dos serviços de saúde. A correta e adequada utilização de estratégias de comunicação pelos PS é de máxima importância para o aumento do conforto, autonomia e funcionalidade da PDC em Cuidados Paliativos (Araújo & Silva, 2012a) permitindo que as PDC possam participar no planeamento dos seus cuidados de saúde e nas tomadas de decisão, repercutindo-se num maior grau de satisfação do internamento. Este facto vai ao encontro dos princípios básicos dos Cuidados Paliativos, reforçando o potencial do papel do terapeuta da fala e dos Programas de Comunicação nesta área de cuidados de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo pretendeu-se explorar a importância das competências e estratégias comunicativas no contexto da saúde, mais concretamente em Cuidados Paliativos, no sentido de compreender se estas competências melhoram a prestação dos cuidados de saúde. Esta necessidade surge da descrição de vários estudos sobre a falta de formação e de conhecimento das competências e estratégias comunicativas, por parte dos PS e, com consequente efeito na relação terapêutica (Araújo & Silva, 2012a, Slort et al., 2012). Este facto é importante/relevante uma vez que uma comunicação eficaz com as PDC é fundamental para o bom atendimento em saúde. Como tal, a maioria dos PS deve possuir capacidades comunicativas diferenciadas. Devido à frequência de limitações comunicativas e défices de compreensão em PDC, esta condição pode representar um desafio significativo para os profissionais (Borthwick, 2012). Desta forma, e tendo em conta que a relação entre o PS e a PDC requer um compromisso interpessoal de qualidade para a humanização dos serviços de saúde prestados, justifica-se a pertinência do estudo em causa.

Neste estudo foi realizado um Programa constituído por uma Formação e um Plano de Comunicação com o intuito de habilitar os PS no processo comunicativo com PDC. Este Programa forneceu aos PS informação relacionada com as características individuais e fez um ensino explícito das várias competências e estratégias para que os profissionais possam comunicar com maior facilidade.

Os resultados obtidos evidenciam mudanças ao nível da comunicação entre os profissionais e as PDC, verificando-se um aumento do número e da frequência do uso de várias estratégias por parte do PS e da PCD. É de destacar como alterações mais evidentes o aumento do uso de estratégias verbais, constatando-se maior dificuldade de adaptação e uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa. Ao nível da prestação dos cuidados de saúde constatou-se um maior investimento e disponibilidade para o processo comunicativo por parte dos PS e, consequentemente, das PDC. Estas mudanças repercutiram-se, de uma maneira geral, numa diminuição do esforço comunicativo, segundo a perceção dos PS. As áreas onde se verificaram alterações mais relevantes foram a nutrição, cuidados de saúde e comunicação genérica. Na

comunicação genérica, as alterações estão relacionadas com a expressão da PDC, nomeadamente em expressar sentimentos e em expressar porque não concorda.

De entre as limitações encontradas neste estudo salienta-se: o instrumento que avalia a intervenção, o MECQ-LTCvp, pois não engloba todas as estratégias partilhadas na implementação do Programa; a falta de homogeneidade da amostra no que concerne às patologias das PDC e ao número de PS de cada categoria profissional; e a dificuldade de controlar a partilha de informação entre o grupo experimental e o de controlo, podendo enviesar os resultados.

Sabendo-se que a comunicação é um processo de responsabilização dos vários interlocutores e que aumenta a autonomia das PDC, melhora a prestação dos cuidados de saúde e vai ao encontro das reais necessidades destas pessoas (Araújo e Silva; 2012), considera-se fundamental investir na formação dos PS. Este facto vem reforçar uma das áreas de intervenção do terapeuta da fala, a área educativa, sendo o profissional competente para a habilitação/formação da comunicação e perturbações associadas, nomeadamente a outros profissionais de saúde.

Após a implementação do Programa e da reflexão sobre os seus resultados algumas questões se levantaram: Será que a implementação deste Programa durante mais tempo evidenciaria uma melhoria mais significativa, não só no uso de estratégias comunicativas por parte dos vários interlocutores, mas também ao nível da prestação de serviços? Poderia o envolvimento de mais profissionais e PDC evidenciar mudanças mais significativas no processo comunicativo durante a prestação de serviços de saúde? Poderia a adaptação regular do Plano de Comunicação às competências das PDC e a Formação contínua potenciar mais a comunicação entre profissionais e PDC? Poderiam outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos e técnicos de diagnóstico, beneficiar também desta abordagem?

Apesar de a família não ter sido abordada neste estudo, sugere-se que no futuro esta possa ser englobada uma vez que faz parte dos comunicadores preferências que poderão beneficiar deste tipo de formação.

Cuidar de pessoas exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos: requer a compreensão aprofundada da sua individualidade e suas características, a partir do relacionamento interpessoal e da valorização da pessoa humana. O Programa de Comunicação apresentado parece contribuir para o processo de comunicação em saúde,

devendo ser desenvolvido e aprimorado. O terapeuta da fala pode, através de Programas de Comunicação como o apresentado neste estudo, contribuir largamente para o processo de humanização dos Cuidados Paliativos, podendo apresentar-se como uma potencial mais-valia para as PCD, para os PS, mas também para as instituições prestadoras de cuidados de saúde.

8. REFERÊNCIAS

- ALBERS, G., HARDING, R., PASMAN, H. R. W., ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. D., HALL, S., TOSCANI, F., RIBBE, M. W. & DELIENS, L. 2012. What is the methodological rigour of palliative care research in long-term care facilities in Europe? A systematic review. *Palliative medicine*, 26, 722-733.
- APCP: Associação Portuguesa Cuidados Paliativos. 2012. *Organização de serviços em cuidados paliativos: critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos-recomendações da ANCP [Em linha] [Online]*. Available: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_CriteriosdeQualidade.pdf. [21 de Dezembro 2013].
- ARAÚJO, M. & SILVA, M. 2012a. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 626-632.
- ARAÚJO, M. & SILVA, M. 2012b. The knowledge about communication strategies when taking care of the emotional dimension in palliative care. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21, 121-129.
- BANDURA, A., AZZI, R. G. & POLYDORO, S. A. 2008. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*, Artmed.
- BARDIN, L. 2008. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. *Correspondência: Daiane Dal Pai Rua Santana*.
- BEUKELMAN, D. R., BALL, L. J. & FAGER, S. 2008. An AAC personnel framework: Adults with acquired complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 24, 255-267.
- BORTHWICK, S. 2012. Communication impairment in patients following stroke. *Nursing Standard*, 26, 35-41.
- BRITO, F. M. D., COSTA, I. C. P., COSTA, S. F. G. D., ANDRADE, C. G. D., SANTOS, K. F. O. D. & FRANCISCO, D. P. 2014. Communication in death

imminence: perceptions and strategy adopted for humanizing care in nursing. *Escola Anna Nery*, 18, 317-322.

CPLOL: Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne. 1997. *Perfil Profissional dos Terapeutas da Fala da União Europeia*. [Online]. Available: http://www.cplol.org/eng/profil_professionnel.html [21 de Dezembro 2013].

DALEMANS, R., WADE, D. T., VAN DEN HEUVEL, W. J. & DE WITTE, L. P. 2009. Facilitating the participation of people with aphasia in research: A description of strategies. *Clinical Rehabilitation*, 23, 948-959.

DUFFY, F. D., GORDON, G. H., WHELAN, G., COLE-KELLY, K. & FRANKEL, R. 2004. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79, 495-507.

FINKE, E. H., LIGHT, J. & KITKO, L. 2008. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of clinical nursing*, 17, 2102-2115.

FLORIANI, C. A. & SCHRAMM, F. R. 2007. Moral and operational challenges for the inclusion of palliative care in primary health care. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2072-2080.

FORTIN, M.-F. 2009. *O processo de investigação: da concepção à realização*. , Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

GÉNÉREUX, S., JULIEN, M., LARFEUIL, C., LAVOIE, V., SOUCY, O. & LE DORZE, G. 2004. *Using communication plans to facilitate interactions with communication impaired persons residing in long-term care institutions*. [Online]. Aphasiology. Available: <http://www.informaworld.com/smpp/5209147814371439/content~db=all~content=a729243560.pdf> [20 de setembro de 2013].

- GOLDSMITH, J., FERRELL, B., WITTENBERG-LYLES, E. & RAGAN, S. L. 2013. Palliative care communication in oncology nursing. *Clinical journal of oncology nursing*, 17, 163-167.
- GOLDSMITH, J. & WITTENBERG-LYLES, E. 2013. COMFORT: Evaluating a new communication curriculum with nurse leaders. *Journal of Professional Nursing*, 29, 388-394.
- GORDON, C., ELLIS-HILL, C. & ASHBURN, A. 2009. The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of advanced nursing*, 65, 544-553.
- KAGAN & SIMMONS-MACKIE, N., A. 2010. Communication strategies used by 'good' versus 'poor' speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 13, 9-11.
- LAWRENCE, W. 2008. Advancing health literacy: Building health communication from the patient side. *Journal of Communication in Healthcare*, 1, 182-193.
- LE DORZE, G., JULIEN, M., GÉNÉREUX, S., LARFEUIL, C., NAVENNEC, C., LAPORTE, D. & CHAMPAGNE, C. 2000. The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers. *Aphasiology*, 14, 1-37.
- MAAS, E., ROBIN, D. A., WRIGHT, D. L. & BALLARD, K. J. 2008. Motor programming in apraxia of speech. *Brain and Language*, 106, 107-118.
- MACIEL, M. G. S. 2008. Definições e princípios. *Cuidado paliativo*, 15.
- MARQUES, A., GONÇALVES, E., SALAZAR, H., NETO, I., CAPELAS, M., TAVARES, M. & SAPETA, P. 2009. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient care*, 14, 32-38.
- MATSUMOTO, D. Y. 2009. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *Manual Cuidados Paliativos*, 14-19.

- MORAIS, G. S. D. N., COSTA, S. F. G. D., FONTES, W. D. & CARNEIRO, A. D. 2009. Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 323-327.
- MURPHY, J. 2004. Communication strategies of people with ALS and their partners. *ALS and other motor neuron disorders*, 5, 121-126.
- MURPHY, J. 2006. Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations*, 9, 49-59.
- NUNES, R. 2012. Testamento Vital. *Nascer e Crescer-Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 21, 250-255.
- PARTY, I. S. W. 2008. National clinical guideline for stroke. London: Royal College of Physicians.
- PEIXOTO, A. & VALENTE, P. 2012. Comunicar com um doente impossibilitado de falar In: MOTA-CARDOSO, R. (ed.) *Competências de Comunicação Clínica*. Unidade de Psicologia Médica do Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da FMUP.
- PESTANA, M. H. & GAGEIRO, J. N. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. ISBN 978-972-618-498-0.
- PINTO, A. C. 2009. Papel do fonoaudiólogo na equipe. *Manual de Cuidados Paliativos*, 234.
- PNCP s.d. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível on-line em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf> [21 de Dezembro 2013].
- POLLENS, R. D. 2012. Integrating speech-language pathology services in palliative end-of-life care. *Topics in Language Disorders*, 32, 137-148.
- RNCCI, U. D. M. O. C. 2011. Continuados Integrados (2011). *Relatório Intercalar de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.

- ROMÁN MAESTRE, B. 2013. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medicina Paliativa*, 20, 19-25.
- ROSENBEK, J. C., LAPOINTE, L. L. & WERTZ, R. T. 1989. *Aphasia: A clinical approach*, Little, Brown Boston, MA.
- SHADISH, W. R., COOK, T. D. & CAMPBELL, D. T. 2002. Experimental and quasiexperimental design for generalized causal inference. Boston: . *Houghton-Mifflin*.
- SILVA, M. J. P. D. 2008. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo*, 689.
- SILVA, M. J. P. D. & ARAÚJO, M. M. T. D. 2009. *Manual de Cuidados Paliativos*. [Online]. Rio de Janeiro Diagraphic. Available: <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf> [20 de setembro de 2013].
- SLORT, W., BLANKENSTEIN, A. H., WANROOIJ, B. S., VAN DER HORST, H. E. & DELIENS, L. 2012. The ACA training programme to improve communication between general practitioners and their palliative care patients: development and applicability. *BMC palliative care*, 11, 9.
- SLORT, W., SCHWEITZER, B., BLANKENSTEIN, A., ABARSHI, E., RIPHAGEN, I., ECHTELD, M., AARONSON, N., VAN DER HORST, H. & DELIENS, L. 2011. Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. *Palliative medicine*, 0269216310395987.
- SUZUKI LAIDLAW, T., KAUFMAN, D. M., MACLEOD, H., VAN ZANTEN, S., SIMPSON, D. & WRIXON, W. 2006. Relationship of resident characteristics, attitudes, prior training and clinical knowledge to communication skills performance. *Medical education*, 40, 18-25.
- TAQUEMORI, L. Y. & SERA, C. T. N. 2008. Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. *Cuidado Paliativo*, 55.

- TATZL, G. & WALDHAUSER, C. Aggregating opinions: explorations into graphs and media content analysis. Proceedings of the 2010 Workshop on Graph-based Methods for Natural Language Processing, 2010. Association for Computational Linguistics, 93-97.
- TERRA, N. L. 2013. Cuidados paliativos e envelhecimento humano: aspectos clínicos e bioéticos. *Revista da SORBI*, 1.
- TETZCHNER, S. V. & MARTINSEN, H. 2000. *Comunicação Aumentativa e Alternativa.*, Porto Editora.
- VAN GURP, J., HASSELAAR, J., VAN LEEUWEN, E., HOEK, P., VISSERS, K. & VAN SELM, M. 2013. Connecting with patients and instilling realism in an era of emerging communication possibilities: A review on palliative care communication heading to telecare practice. *Patient education and counseling*, 93, 504-514.
- VAZ, A. 2010. Importância da Comunicação entre Idosos e Cuidadores Formais do Lar durante a Prestação de Serviços Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto.
- WITTENBERG-LYLES, E., GOLDSMITH, J. & FERRELL, B. 2013. Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. *Clinical journal of oncology nursing*, 17, 152-158.

ANEXOS

Anexo I- MECQ-LTCvp

***The Monreal Evaluation of Communication Questionair for
use in Long-Term Care versão portuguesa (MECQ-LTCvp)***

QUESTÕES REALIZADAS A PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Divino Salvador

Terapeuta da Fala:

Liliana Patrícia Sousa Pereira

Data: __/__/__

Grupo: _____

Nome do Profissional de saúde: _____

Profissão: _____ Idade: _____

Habilitações Literárias: _____ Experiência profissional (anos): _____

Nome do utente: _____

Parte I

Avaliação dos meios de comunicação usados pelo utente e pelo profissional

1.1 Meios de comunicação usados pelo utente:

	Frequentemente	Algumas vezes	Nunca	Comentários
“Sim” e “Não” indicados por movimento de cabeça				
Expressões faciais				
Fala				
Movimentos corporais				
“Sim” e “Não” ditos oralmente				
Atitudes/comportamentos com um significado particular				
Vocalizações ou variações de entoação				
Apontar				
Gestos				
Um código que é necessário interpretar				
Escrever ou desenhar				
Gesticular				
“Sim” ou “Não” indicados apontando palavras escritas ou imagens				
Usa o seu livro de comunicação				
Outros:				

1.2 Meios usados pelo profissional para compreender o utente:

	Frequentemente	Algumas vezes	Nunca	Comentários
Perguntas de resposta SIM/NÃO				
Verificação				

Esperar/dar tempo				
Dar opções de resposta				
Interpretar				
Adivinhar				
Conhecer as rotinas do utente				
Estar com atenção				
Acalma o utente				
Pede ajuda a um familiar				
Outra:				

1.3 Meios usados pelo profissional para transmitir uma mensagem ao utente:

	Frequentemente	Algumas vezes	Nunca	Comentários
Fala				
Simplifica as suas frases				
Confirma se ele compreendeu o que disse				
Gestos				
Reformula				
Repete				
Demonstra				
Pede ao utente que leia nos seus lábios				
Usa a escrita e o desenho				
Chama a atenção do utente				
Pede ao utente que repita o que compreendeu				
Pede ajuda a um familiar				
Falar devagar				
Falar alto				
Outra:				

Parte II

Avaliação de atos de comunicação específicos e genéricos

Instruções: Escala para avaliar o grau de esforço

Sim 0 Na maioria das vezes, eu percebo o que ele quer / consigo fazê-lo compreender o que pretendo. **Sem esforço.**

1 Na maioria das vezes, preciso de me esforçar um pouco para o compreender / para fazer com que ele me compreenda. **Exige algum esforço.**

2 Na maioria das vezes preciso de me esforçar bastante para o compreender / para fazer com que ele me compreenda. **Exige muito esforço.**

Não O utente não faz (ele não necessita de assistência para este tipo de atividade, isto é impossível para o utente, eu não sei, etc)

2.1 Cuidados Pessoais

Em situações relacionadas com os cuidados pessoais:

	Sim			Não	Comentários
	0	1	2		
Expressa a necessidade de ir ao WC?					
Expressa a necessidade de descansar?					
Expressa necessidades relacionadas com a mudança de postura?					
Expressa necessidades e preferências relacionadas com a sua higiene pessoal?					
Expressa preferências relacionadas com o vestir/roupas?					
Compreende instruções relacionadas com a mudança de postura?					
Compreende instruções relacionadas com a higiene pessoal?					
Compreende instruções relacionadas com os cuidados pessoais?					

2.2 Nutrição

Em situações relacionadas com a nutrição:

	Sim			Não	Comentários
	0	1	2		
Expressa a necessidade de comer/beber?					
Expressa preferências relacionadas com a nutrição?					
Expressa uma opção no menu?					
Expressa recusa em comer?					
Expressa porque é que não quer comer?					
Compreende o menu?					
Compreende informação relacionada com a nutrição?					

2.3 Cuidados de saúde

Em situações relacionadas com os cuidados de saúde:

	Sim			Não	Comentários
	0	1	2		
Expressa necessidades relacionadas com ajudas técnicas, como: cadeira de rodas, canadiana, aparelhos auditivos?					
Expressa a sua dor?					
Expressa a localização da sua dor?					
Expressa outras sensações tais como calor, frio, desconforto, cansaço, etc?					
Expressa a sua ansiedade e <i>stress</i> relacionados com o seu estado de saúde?					
Expressa a sua ansiedade e <i>stress</i> relacionados com os tratamentos?					
Expressa a sua opinião acerca dos tratamentos?					
Pede informação sobre a medicação?					
Compreende questões relacionadas com a rotina médica?					
Compreende instruções relacionadas com o seu estado de saúde?					
Compreende a justificação de um tratamento?					

2.4 Mobilidade e Orientação

Em situações relacionadas com mobilidade e orientação:

	Sim			Não	Comentários
	0	1	2		
Expressa a necessidade de ser orientado no tempo e no espaço?					
Pede ajuda para se deslocar?					
Compreende informação relacionada com o tempo e o espaço?					
Compreende informação relacionada com o deslocar-se?					

2.5 Atividades Recreativas

	Sim			Não	Comentários
	0	1	2		
Expressa prazer quando participa numa atividade?					
Expressa preferência por alguma atividade?					
Compreende informação relacionada com uma atividade?					

2.6 Atos de Comunicação Genérica

Em geral:

	Sim			Não	Comentários
	0	1	2		
Expressa sentimentos como tristeza, ansiedade, gostos, etc?					
Expressa porque se sente desse modo?					
Expressa desacordo?					
Explica porque não concorda?					
Expressa preferências em geral?					
Pede objetos específicos?					
Expressa como quer ser tratada?					
Compreende instruções simples?					
Compreende explicações gerais?					
Compreende informação complicada?					

APÊNDICES

Apêndice I- Tabela Estratégias Comunicativas

Estratégias	Utilizadas pela PDC	Utilizadas pelo interlocutor/PS
Acomodação		✓
Adivinhação		✓
Alfabeto	✓	✓
Apontar com o olhar	✓	✓
Área iluminada	✓	✓
Aumento da Intensidade	✓	✓
Confirmar o tema		✓
Conservar energia	✓	
Contacto ocular	✓	✓
Descrição da função		✓
Desenho	✓	✓
Escrita (papel e caneta)	✓	✓
Estar ao mesmo nível da pessoa	✓	✓
Estar atento	✓	✓
Expressão facial	✓	✓
Frases curtas e simples		✓
Gestos	✓	✓
Leitura labial	✓	✓
Lentificação do discurso		✓
Locais sossegados, calmos e sem ruído	✓	✓
Marcador de discurso		✓
Mímica	✓	✓
Palavra-chave	✓	✓
Parceiros para interpretar		✓
Perguntas de resposta sim/não		✓
Pista fonémica		✓
Pista silábica		✓
Posição - estar de frente	✓	✓
Produzir poucas palavras por expiração	✓	
Quadro de comunicação	✓	✓
Reformulação da mensagem		✓
Repetição		✓
Respirar e inspirar antes de falar	✓	
Sequências de esclarecimento		✓
Sinais de reconhecimento		✓
Sistemas de comunicação com saída de voz	✓	
Sistemas portáteis de escrita (computador/internet)	✓	✓
Sobrearticulação	✓	✓
Sobreposição congruente		✓
Soletrar	✓	✓
Usar pistas (tópico e contexto)	✓	✓
Vocabulário rotineiro		✓

Apêndice II- Questionário avaliação da ação

Questionário realizado após a Implementação do Programa

Responda às seguintes questões fechadas (com uma cruz) tendo em consideração o grau de utilidade que varia entre nada útil até muito útil.

	1	2	3	4	5
Qual o grau de utilidade que o Plano de Comunicação teve na sua prática profissional?					
Qual o grau de utilidade que a Formação teve na sua prática profissional?					

Considera que a utilização do plano de comunicação teve efeitos práticos nos serviços prestados com uma ou mais pessoas? Justifique a sua resposta.

Indique aspetos positivos e negativos relacionados com a utilização do Plano de Comunicação?

Positivos - _____

Negativos - _____

Considera que a Formação teve efeitos práticos nos serviços prestados com uma ou mais pessoas? Justifique a sua resposta.

Indique aspetos positivos e negativos relacionados com a Formação e os seus conteúdos?

Positivos - _____

Negativos - _____

Considera pertinente sugerir alguma alteração ao Plano de Comunicação e / ou à Formação? Qual ou quais?

Apêndice III- Autorização da Instituição



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO (UCCI Divino Salvador)



Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo em Profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes com necessidade de Cuidados Paliativos na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Divino Salvador.

Exma. Senhora Diretora Executiva da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Divino Salvador

Dra. Daniela da Costa

Eu, Liliana Patrícia Sousa Pereira, Terapeuta da Fala, portadora da cédula profissional nº C- 039925188, a exercer funções na vossa instituição, na qualidade de aluna do IV Mestrado de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, propus-me desenvolver a Tese de mestrado sobre as dificuldades comunicativas que os Profissionais de saúde têm na prestação de serviços aos doentes com necessidades de cuidados paliativos em contexto de unidades de cuidados continuados. Assim, com este estudo, pretende-se: a) perceber qual a influência da Formação sobre o processo comunicativo; b) avaliar os efeitos da aplicação de um Plano de Comunicação na prestação de cuidados dos Profissionais de Saúde; e c) refletir sobre a pertinência da integração do Plano de Comunicação e da Formação, em contexto de Cuidados Paliativos.

Para a concretização deste estudo solicito a V. Ex.^a autorização para aplicação do protocolo do trabalho de investigação que segue em anexo e que pressupõe o envolvimento dos enfermeiros, assistentes operacionais, trabalhadores auxiliares e fisioterapeuta da referida unidade.

Sem outro assunto de momento, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento adicional e aguardo deferimento do pedido.

Com os melhores cumprimentos,

Liliana Patrícia Sousa Pereira

Apêndice IV – Consentimento Informado Profissionais

CONSENTIMENTO INFORMADO



Título do estudo: A Comunicação na Humanização dos Cuidados Paliativos.

Responsável do Estudo: Liliana Patrícia Sousa Pereira¹

¹Terapeuta da Fala Aluna do IV Mestrado de Cuidados Paliativos do Departamento de Bioética e Ética Médica da FMUP

A finalidade deste estudo é estudar a adaptação dos profissionais de saúde a utentes com dificuldades comunicativas.

Pretende-se com este estudo: a) perceber qual a influência da Formação sobre o processo comunicativo; b) avaliar os efeitos da aplicação de um Plano de Comunicação na prestação de cuidados dos Profissionais de Saúde; e c) refletir sobre a pertinência da integração do Plano de Comunicação e da Formação, em contexto de Cuidados Paliativos.

A investigação está dividida em 2 fases, sendo que inicialmente será aplicado o instrumento de avaliação *The Monreal Evaluation of Communication Questionair for use in Long-Term Care* (MECQ-LTCvp) para avaliar a comunicação entre o profissional de saúde e o utente. Ainda na primeira fase, realizar-se-á um Plano de Comunicação com as estratégias comunicativas mais funcionais a cada utente e será efetuada uma Formação sobre estratégias comunicativas. Na segunda fase será aplicado novamente o instrumento de avaliação (MECQ-LTCvp).

Sendo este um estudo comparativo, prevê a existência de um grupo de controlo. A sua integração no grupo de controlo ou no grupo de formação, está dependente da seleção aleatória de metade da amostra. Após a implementação da segunda fase, o grupo de controlo terá acesso à mesma Formação.

Para realizar este estudo é necessária a sua colaboração para o preenchimento do instrumento de avaliação MECQ-LTCvp que demorará cerca de 20 minutos. Posteriormente terá acesso a um Plano de Comunicação e a uma Formação (o grupo de formação). Após 2 meses, será aplicado novamente o MECQ-LTCvp. Posteriormente o grupo de controlo terá também acesso à Formação.

Todos os dados serão tratados de forma confidencial e serão disponibilizados aos participantes do estudo desde que os solicitem.

Caso concorde solicitamos-lhe que assinale com uma cruz a opção que pretende:

1. Aceito participar no estudo _____

2. Não aceito participar no estudo _____

Assinatura, _____ data ____/____/____

Apêndice V – Consentimento Informado Utentes



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO



Designação do Estudo: A Comunicação na Humanização dos Cuidados Paliativos.

A finalidade deste estudo é estudar a adaptação dos profissionais de saúde a pessoas com dificuldades comunicativas. Realizar-se-á um Plano de Comunicação com as estratégias comunicativas mais funcionais a cada pessoa e será efetuada uma Formação aos profissionais de saúde sobre estratégias comunicativas. Os profissionais responderão a um questionário (MECQ-LTCvp) para avaliar a comunicação com as pessoas com dificuldades comunicativas.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) _____

_____, declaro ter sido informado e sinto-me esclarecido acerca das finalidades do estudo em que aceito participar. A informação que me foi prestada versou sobre os objetivos e métodos do estudo. Fui informado que a minha participação em nada me poderá prejudicar e que tenho o direito de recusar, a qualquer momento, a participação no estudo, sem que isso me traga qualquer prejuízo. Autorizo, pois, a utilização dos dados obtidos através dos questionários para efeitos científicos e académicos.

Data: ____ / ____ / 201__

Assinatura do participante no estudo*: _____

Caso, por dificuldades de leitura/escrita e/ou limitações físicas, os participantes não estejam possibilitados a assinar este documento, pede-se ao cuidador que coloque uma cruz (x) na afirmação seguinte e assine.

- ☐ Declaro que o participante no estudo foi esclarecido acerca dos objectivos e implicações do estudo, e que eu enquanto cuidador assumo a responsabilidade de assinar por este.

Assinatura: _____

Responsável do estudo: Liliana Patrícia Sousa Pereira¹

¹Terapeuta da Fala Aluna do IV Mestrado de Cuidados Paliativos do Departamento de Bioética e Ética Médica da FMUP

Assinatura: _____

* Caso o participante não saiba ou não consiga assinar, é necessária a assinatura do seu representante.

Apêndice VI – Plano de Comunicação

Plano de Comunicação

Nome da PDC: _____

Data do registo: ____/____/____

Estratégias	Utilizadas pela PDC	Utilizadas pelo PS
Repetição		
Soletrar		
Palavra-chave		
Pista silábica		
Pista fonémica		
Descrição da função		
Respirar e inspirar antes de falar		
Sobrearticulação		
Lentificação do discurso		
Conservar energia		
Aumento da Intensidade		
Produzir poucas palavras por expiração		
Confirmar se compreendeu		
Frases curtas e simples		
Vocabulário rotineiro		
Perguntas de resposta sim/não		
Usar pistas (tópico e contexto)		
Marcador de discurso		
Sinais de reconhecimento		
Sobreposição congruente		
Sequências de esclarecimento		
Acomodação		
Parceiros para interpretar		
Reformulação da mensagem		
Adivinhação		
Posição - estar de frente		
Expressão facial		
Gestos		
Mímica		
Leitura labial		
Contacto Ocular		
Escrita (papel e caneta)		
Desenho		
Alfabeto		
Quadro de comunicação		
Sistemas portáteis de escrita (computador/internet)		
Sistemas de comunicação com saída de voz		
Apontar com o olhar		
Locais sossegados, calmos e sem ruído		
Área iluminada		
Estar atento (não fazer outra coisa ao mesmo tempo)		
Estar ao mesmo nível da pessoa		

Apêndice VII – Programa da Formação

FORMAÇÃO

Índice

- Necessidade Identificada
- Objetivos do Programa
- Comunicação
- Competências Comunicativas
- Estratégias Comunicativas
- Especificação do uso das estratégias
- A Pessoa com Dificuldades em Comunicar
- Plano de Comunicação – exemplificação
- Manual de Comunicação

Apêndice VIII – Legenda das questões das tabelas**Legenda das questões das tabelas 3, 4, 5, 4, 7, 8, 9, 10, 11 e 12**

Meios de comunicação usados pelo utente	
A1	“Sim” e “Não” indicados por movimento de cabeça
A2	Expressões faciais
A3	Fala
A4	Movimentos corporais
A5	“Sim” e “Não” ditos oralmente
A6	Atitudes/comportamentos com um significado particular
A7	Vocalizações ou variações de entoação
A8	Apontar
A9	Gestos
A10	Um código que é necessário interpretar
A11	Escrever ou desenhar
A12	Gesticular
A13	“Sim” ou “Não” indicados apontando palavras escritas ou imagens
A14	Usa o seu livro de comunicação
Meios usados pelo profissional para compreender o utente	
B1	Perguntas de resposta SIM/NÃO
B2	Verificação
B3	Esperar/dar tempo
B4	Dar opções de resposta
B5	Interpretar
B6	Adivinhar
B7	Conhecer as rotinas da pessoa
B8	Estar com atenção
B9	Acalma a pessoa
B10	Pede ajuda a um familiar
Meios usados pelo profissional para transmitir uma mensagem ao utente	
C1	Fala
C2	Simplifica as suas frases
C3	Confirma se ele compreendeu o que disse
C4	Gestos
C5	Reformula
C6	Repete
C7	Demonstra
C8	Pede ao residente que leia nos seus lábios
C9	Usa a escrita e o desenho
C10	Chama a atenção do residente
C11	Pede ao residente que repita o que compreendeu
C12	Pede ajuda a um familiar
C13	Falar devagar
C14	Falar alto
Em situações relacionadas com os cuidados pessoais	
D1	Expressa a necessidade de ir ao WC?
D2	Expressa a necessidade de descansar?
D3	Expressa necessidades relacionadas com a mudança de postura?

D4	Expressa necessidades e preferências relacionadas com a sua higiene pessoal?
D5	Expressa preferências relacionadas com o vestir/roupas?
D6	Compreende instruções relacionadas com a mudança de postura?
D7	Compreende instruções relacionadas com a higiene pessoal?
D8	Compreende instruções relacionadas com os cuidados pessoais?
Em situações relacionadas com a nutrição	
E1	Expressa a necessidade de comer/beber?
E2	Expressa preferências relacionadas com a nutrição?
E3	Expressa uma opção no menu?
E4	Expressa recusa em comer?
E5	Expressa porque é que não quer comer?
E6	Compreende o menu?
E7	Compreende informação relacionada com a nutrição?
Em situações relacionadas com os cuidados de saúde	
F1	Expressa necessidades relacionadas com ajudas técnicas?
F2	Expressa a sua dor?
F3	Expressa a localização da sua dor?
F4	Expressa outras sensações tais como calor, frio, desconforto, cansaço, etc?
F5	Expressa a sua ansiedade e <i>stress</i> relacionados com o seu estado de saúde?
F6	Expressa a sua ansiedade e <i>stress</i> relacionados com os tratamentos?
F7	Expressa a sua opinião acerca dos tratamentos?
F8	Pede informação sobre a medicação?
F9	Compreende questões relacionadas com a rotina médica?
F10	Compreende instruções relacionadas com o seu estado de saúde?
F11	Compreende a justificação de um tratamento?
Em situações relacionadas com mobilidade e orientação	
G1	Expressa a necessidade de ser orientado no tempo e no espaço?
G2	Pede ajuda para se deslocar?
G3	Compreende informação relacionada com o tempo e o espaço?
G4	Compreende informação relacionada com o deslocar-se?
Atividades Recreativas	
H1	Expressa prazer quando participa numa atividade?
H2	Expressa preferência por alguma atividade?
H3	Compreende informação relacionada com uma atividade?
Atos de Comunicação Genérica em geral	
I1	Expressa sentimentos como tristeza, ansiedade, gostos, etc?
I2	Expressa porque se sente desse modo?
I3	Expressa desacordo?
I4	Explica porque não concorda?
I5	Expressa preferências em geral?
I6	Pede objetos específicos?
I7	Expressa como quer ser tratada?
I8	Compreende instruções simples?
I9	Compreende explicações gerais?
I10	Compreende informação complicada?

Apêndice IX - Tabela A – Média das frequências por pessoa

Questões	PDC 1				PDC 2			
	Gr. Experimental		Gr. Controle		Gr. Experimental		Gr. Controle	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
A1	1,71	2,00	1,71	2,00	1,00	1,29	1,14	1,00
A2	1,57	2,00	1,71	1,86	1,29	1,43	1,57	1,43
A3	1,71	1,00	1,14	,86	2,00	2,00	2,00	2,00
A4	1,14	1,43	1,14	1,43	1,71	1,71	1,57	1,71
A5	1,14	,43	1,57	,86	2,00	2,00	1,86	2,00
A6	,86	,57	1,29	1,14	1,14	1,14	1,29	1,29
A7	,43	,29	,57	,86	,43	1,14	1,29	1,29
A8	1,29	1,57	1,43	1,57	1,57	1,71	1,71	1,29
A9	1,14	1,57	1,00	1,57	1,57	1,71	1,57	1,43
A10	1,00	1,29	,57	,71	1,29	1,14	,71	,43
A11	1,29	1,00	,86	,86	,43	,14	0,00	0,00
A12	,86	1,14	,71	,71	1,14	1,29	,86	1,00
A13	,43	,14	,43	,43	0,00	0,00	,14	,14
A14	,86	,29	,29	,29	,14	,14	0,00	0,00
B1	2,00	2,00	1,71	1,86	2,00	2,00	1,71	1,71
B2	1,71	2,00	,57	,14	2,00	2,00	,29	,29
B3	2,00	1,86	1,71	1,57	1,86	1,86	1,57	1,57
B4	1,57	1,71	1,29	1,43	1,71	1,71	1,29	1,43
B5	1,43	1,86	,71	1,57	1,71	1,86	,57	,57
B6	1,29	1,86	,71	1,00	1,57	1,43	,29	,14
B7	0,00	1,86	0,00	1,71	0,00	2,00	0,00	1,43
B8	2,00	2,00	1,86	1,71	1,86	1,86	1,00	1,43
B9	1,86	1,71	1,57	1,57	1,71	2,00	1,71	1,71
B10	,14	,14	,14	,43	,43	,29	,57	,43
C1	2,00	2,00	1,71	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
C2	1,86	1,86	1,57	1,57	2,00	2,00	1,43	1,57
C3	1,86	2,00	1,57	1,29	2,00	1,86	1,29	1,43
C4	,57	,86	1,14	1,43	,29	,57	1,14	1,14
C5	1,86	1,71	1,14	1,43	1,71	1,71	,43	,43
C6	1,86	1,71	1,71	1,71	1,71	2,00	1,43	1,43
C7	1,71	1,86	,86	1,00	1,14	1,14	,57	,43
C8	,43	,86	0,00	,43	,43	,43	0,00	,14
C9	,14	,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C10	1,29	1,14	1,14	1,29	1,00	1,57	1,57	1,57
C11	1,00	,57	,43	0,00	,86	1,00	,71	,57
C12	0,00	0,00	0,00	,29	,29	,29	,43	,29
C13	1,86	1,86	1,57	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86
C14	1,43	1,57	1,14	1,57	1,43	1,43	1,00	1,71

Questões	PDC 3				PDC 4			
	Gr. Experimental		Gr. Controlo		Gr. Experimental		Gr. Controlo	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
A1	1,57	2,00	1,86	1,71	,71	2,00	1,57	1,29
A2	1,57	1,86	1,57	1,71	1,00	1,86	1,43	1,14
A3	,14	,86	,43	,71	1,00	1,43	1,14	1,29
A4	,86	1,43	1,00	1,57	,57	,43	,71	1,00
A5	0,00	,14	,86	,57	1,71	1,86	1,57	1,57
A6	,57	,43	,71	1,00	,29	,29	,29	,29
A7	,29	1,14	,71	1,00	,29	1,00	,43	1,00
A8	,71	1,57	1,29	1,43	,14	,14	,14	,43
A9	,71	1,57	1,00	1,29	,14	,43	,14	,14
A10	1,00	1,29	,86	,14	,29	1,14	0,00	,29
A11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
A12	,57	1,14	,86	,86	,14	,14	,14	,29
A13	,14	,14	,14	0,00	0,00	0,00	,57	,57
A14	,14	,14	0,00	0,00	,14	,14	0,00	0,00
B1	2,00	2,00	1,86	1,86	2,00	2,00	1,71	1,86
B2	1,71	2,00	,29	,29	2,00	2,00	0,00	0,00
B3	1,86	2,00	1,43	1,57	2,00	2,00	1,71	1,71
B4	1,57	1,57	1,57	1,29	1,57	1,86	1,29	1,29
B5	1,57	1,86	,86	1,29	1,71	1,57	,71	,71
B6	1,71	1,71	1,00	,86	1,71	1,71	,57	,57
B7	0,00	1,86	0,00	1,86	0,00	1,86	0,00	1,86
B8	2,00	2,00	1,71	1,86	2,00	2,00	1,71	1,71
B9	1,71	1,71	1,71	1,71	1,71	1,86	1,71	1,43
B10	,29	,29	,29	,14	,14	,14	,14	,29
C1	2,00	2,00	2,00	2,00	1,86	2,00	1,86	2,00
C2	1,86	2,00	1,71	2,00	1,86	2,00	1,57	1,71
C3	1,57	2,00	1,57	1,71	1,57	2,00	1,00	1,57
C4	1,00	2,00	1,29	1,00	,43	,57	1,00	1,43
C5	1,57	2,00	1,14	1,29	1,29	1,71	,43	1,00
C6	1,71	2,00	1,71	1,86	1,57	1,86	1,57	1,71
C7	1,43	1,86	,86	,86	1,14	1,57	,14	,43
C8	,43	1,00	0,00	0,00	0,00	,86	0,00	,14
C9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C10	1,57	1,57	1,00	1,71	1,00	1,57	1,86	1,57
C11	,29	,14	,14	,29	,57	1,00	,43	,71
C12	,29	,29	0,00	,14	,14	,14	0,00	,29
C13	1,86	2,00	1,71	1,86	1,86	2,00	1,71	1,86
C14	1,43	1,57	1,14	1,71	1,29	1,57	1,43	1,57